



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının
Tedavilerinin Toplumsal Cinsiyet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi**

Aydan A. Özdemir, MPH

DOKTORA TEZİ

HAZİRAN 2016



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının
Tedavilerinin Toplumsal Cinsiyet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi**

DOKTORA TEZİ

Aydan A. Özdemir, MPH

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşe Akın

HAZİRAN 2016

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Aydan Akyüz Özdemir tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/06/2016

Tez Konusu: :“Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Tedavilerinin Toplumsal Cinsiyet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi”

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Ayşe Nurdagül AKIN

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Ayşe Nurdagül Akın	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Rengin Erdal	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. İrem Budakoğlu	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan	Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Elif Durukan	Başkent Üniversitesi



ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun ...22... / ...06... / 2016 tarih ve ...074... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

Doktora eğitimim boyunca ve tez çalışmam süresince, çalışmaya teşvik edici yaklaşımı ile rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe Akın'a, çalışmayı yapabilmem için her türlü desteğini sağlayan Nefroloji Ana Bilim Dalı'na ve anketlerin uygulanması sırasında her türlü desteğini sağlayan Başkent Üniversitesi Ankara, İstanbul ve Adana Merkezlerindeki Hemodiyaliz Ünitesi çalışanlarına, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Rengin Erdal'a, Yrd. Doç. Dr. Cihangir Özcan'a, tez çalışmam süresince değerli bilgileri ile katkıda bulunan Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan'a, sevgileri ve her türlü desteğiyle yanımda olan aileme sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürler...



ÖZET

Kronik hastalık grubu içinde toplumda önemli bir yer tutan kronik böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonunun kronik ve geri dönüşsüz kaybıdır. Tedavi sürecinde kendileri dışında birtakım gereç ve kişilere bağlı olma durumu bu hastaları fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönlerden olumsuz olarak etkilemektedir. Bu çalışmada; hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin “toplumsal cinsiyet bakışı ile” değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Başkent Üniversitesi Adana, Ankara ve İstanbul Eğitim ve Araştırma Merkezlerinde yürütülen bu çalışma, tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırma evrenini bu eğitim araştırma hemodiyaliz merkezlerinde tedavi görmekte olan 18 yaş üzerindeki hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmemiş, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 378 hasta alınmıştır. Araştırmada veri toplamada araç olarak: katılımcılara yüz yüze uygulanacak anket formu ile sonrasında kendi kendilerine dolduracakları SF-36 formu kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $54 \pm 16,5$ (19-85). Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında; kadınların erkelere göre daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu, Ankara'nın üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyi açısından en yüksek değere (%32) sahip il olduğu görülmüştür. Yaşam kalitelerinin ölçülmesi için SF-36 bileşenleri (Fonksiyonel, Esenlik, Genel sağlık anlayışı, Global) değerlendirildiğinde, il bazında ve iller arasında erkek ile kadın arasında anlamlı fark olduğu, erkeklerin yaşam kalitelerinin ($44,7 \pm 19,2$) kadınlara ($36,1 \pm 7$) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Azalan eğitim düzeyi ile birlikte ilk evlilik yaşının da azaldığı (ilkokul: $17 \pm 2,9$; ortaokul: $18,1 \pm 3,6$; lise: $23,8 \pm 4,9$; üniversite: $25,7 \pm 3$) görülmüş; gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı ile tüm yaşam kalitesi parametreleri arasında istatistiksel anlamlı negatif ilişki saptanmıştır ($r = -0,12$). Öğrenim durumunun artmasına paralel olarak genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği ve bu farkların istatistiksel anlamlı olduğu görülmüştür ($p = 0,000$). Toplumsal cinsiyet önermeleri açısından illeri değerlendirdiğimizde; Adana ilinden katılan hasta gurubunun önermelere verdikleri cevaplar açısından diğer illerden daha ayrımcı olduğu bulunmuştur (Bekaret önemlidir: %97; Kadın kocasından dayak yiyorsa hak etmiştir: %64,8; Erkek yeterli para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır: % 81,2; Kadının temel görevi anneliktir: %90,3). Toplam puan değerlerine göre Adana'nın en ayrımcı ($5,3 \pm 4,1$) Ankara'nın ($13,2 \pm 6,0$) en eşitlikçi görüşe sahip il olduğu görülmüştür.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease defined as the presence or absence of kidney damage and level of kidney function, has the greatest impact among chronic diseases when it comes to the public health problem. During treatment, Chronic Kidney Disease patients have to face negative impacts of being dependent to some devices and people in both physical, psychological, social, economic dimensions and family, social and business life dimensions. In this research; the aim was to evaluate the chronic disease patients' quality of life through "Gender Role Perspective" who are under the treatment of hemodialysis treatment.

This descriptive research was conducted at Başkent University Adana, Ankara and Istanbul Practice and Research Centers' Hemodialysis Centers. During this research all patient population over 18 years has been included in the research with freewill of acceptance. 378 patients meeting all requirements were attended to the research voluntarily. During data collection two questionnaire forms were used. The first one was applied face to face and the second one since it was a SF-36 questionnaire form was asked to fill by themselves.

The mean age of the participants is $54 \pm 16,5$ (19-85). When we compare the educational levels of the cities Ankara has the highest percentage of the high education (University & Masters: 32%) where as Adana has the lowest (University & Masters: %3). The analyze of the interaction of components of SF-36 questionnaire form (Physical Functioning, Psychological Functioning, General Health, Global) and gender showed that male patients' quality of life ($44,7 \pm 19,2$) is higher than women's ($36,1 \pm 7$). The first marriage age is also decreasing with the low levels of education (primary: $17 \pm 2,9$; middle: $18,1 \pm 3,6$; high: $23,8 \pm 4,9$; University: $25,7 \pm 3$). There is a negative correlation between the number of pregnancy, live birth and all the components of quality of life ($r = -0,12$). The components of quality of life is also rising with the educational level and this relation has been found statistically significant ($p = 0,000$). When all cities analyzed through the answers they have given to the suggestions based on gender discrimination, Adana has the most discriminative answers (Virginity is important: %97; If a woman is beaten by her husband then she deserves it: %64,8; If a man is making money enough to live with then his wife shouldn't work: % 81,2; The main duty of a woman is motherhood: %90,3). When it comes to the total score of the suggestions, the results has shown that the most discriminative city is Adana ($5,3 \pm 4,1$) and the most equitable city is Ankara ($13,2 \pm 6,0$).

İÇİNDEKİLER	Sayfa No.
ÖZET	4
ABSTRACT	5
KISALTMALAR	7
ŞEKİL DİZİNİ	8
TABLO DİZİNİ	9
I. GİRİŞ	11
1.1. Araştırmanın Amacı	15
II. GENEL BİLGİ	17
III. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Evreni	36
3.3. Araştırmanın Yeri	37
3.4. Araştırmada Kullanılacak Anketin Hazırlanması, Veri Toplama ve Veri Analizi	39
3.4.1. Araştırma Sorularının Belirlenmesi	39
3.4.2. Araştırmada Kullanılacak Anketin Ön Uygulaması	42
3.4.3. Araştırma Verilerinin Toplanması	43
3.4.4. Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Geliştirilen Anketi Oluşturan Önergelerin Puanlanması	45
3.4.5. Araştırma Verilerinin Analizi	46
3.5. Araştırma İzinleri ve Etik	46
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
IV. BULGULAR	47
4.1. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri	47
4.2. Hemodiyaliz Hastalarının Toplumsal Rollere Bakış Özellikleri	52
4.3. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesine Toplumsal Cinsiyet Bakışı	65
V. TARTIŞMA	79
VI. SONUÇLAR	119
VII. ÖNERİLER	127
VIII. KAYNAKLAR	130
IX. EKLER	141

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği

BM: Birleşmiş Milletler

CEDAW: İngilizcesi(Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

BÜ: Başkent Üniversitesi

YÖK: Yüksek Öğretim Kurulu

NKA: Nüfus Konut Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1:	Toplumsal Cinsiyetin Kadınlar Üzerindeki Olumsuz Etkileri	31
Şekil 2:	Toplumsal Cinsiyetin Erkekler Üzerindeki Olumsuz Etkileri	32
Şekil 3:	Kronik Böbrek Hastalığını Etkileyen Sosyokültürel Bileşenler	34



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Nefroloji Çalışmalarında En Sık Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri	24
Tablo 3.1.	Ankara Hemodiyaliz Merkezindeki Toplan Araştırmaya Dahil Edilen ve Araştırma Dışı Kalan Hasta Sayılarının Dağılımı (2014)	37
Tablo 3.2.	İstanbul Hemodiyaliz Merkezindeki Toplan Araştırmaya Dahil Edilen Ve Araştırma Dışı Kalan Hasta Sayılarının Dağılımı (2014)	38
Tablo 3.3.	Adana Hemodiyaliz Merkezindeki Toplan Araştırmaya Dahil Edilen Ve Araştırma Dışı Kalan Hasta Sayılarının Dağılımı (2014)	38
Tablo 4.1.	Başkent Üniversitesi Hemodiyaliz Merkezlerinde Tedavi Gören ve Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	48
Tablo 4.2.	Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Yaş Ortalamalarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	49
Tablo 4.3.	Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete ve İllere Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	50
Tablo 4.4.	Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete ve İllere Göre Medeni Durumlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	50
Tablo 4.5.	Hastalık Tanısı Öncesinde Şikâyetler Başladığında Sağlık Personeline Gitme Zamanının Araştırma İllerinde ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	51
Tablo 4.6.	Ankara, İstanbul ve Adana'dan Araştırmaya Katılan Kadınların İlk Evlilik Yaşı, İlk Canlı Doğum Yaşı, Gebelik Sayısı, Canlı Doğum Sayısı ve Düşük Sayısının Dağılımları (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	52
Tablo 4.7.	Kadın Hastaların Öğrenim Seviyelerine Göre İlk Evlilik Yaşı, İlk Canlı Doğum Yaşı, Gebelik Sayısı ve Canlı Doğum Sayısının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	52
Tablo 4.8.	Araştırmaya Ankara, İstanbul ve Adana Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyet Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (2014)	54
Tablo 4.9.	Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	55
Tablo 4.10.	Araştırmaya Ankara Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (2014)	57
Tablo 4.11.	Araştırmaya İstanbul Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (2014)	58
Tablo 4.12.	Araştırmaya Adana Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (2014)	59
Tablo 4.13.	Hastaların Diyaliz Merkezi, Cinsiyet ve Eğitim Durumları Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Toplam Puan Değerleri (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	63
Tablo 4.14.	Araştırmaya Ankara Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyet ve Eğitim Durumları Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Toplam Puan Değerleri (2014)	64

Tablo 4.15.	Araştırmaya İstanbul Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyet ve Eğitim Durumları Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Toplam Puan Değerleri (2014)	64
Tablo 4.16.	Araştırmaya Adana Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyet ve Eğitim Durumları Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Toplam Puanlama Değerleri (2014)	64
Tablo 4.17.	Hastaların Evde Kendileri ile İlgilenen Kişinin Varlığının İllere Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	66
Tablo 4.18.	Diyaliz Seansı Sonrası Hastaların Yaptıkları Eylemlerin İl ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	66
Tablo 4.19.	Araştırmaya Katılan Hastaların Duygu Durumlarının Araştırma İlleri ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	69
Tablo 4.20.	Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana 2014)	70
Tablo 4.21.	İller arasında ve Her İlde Cinsiyete Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (Ankara, İstanbul, Adana 2014)	71
Tablo 4.22.	Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı. (Ankara, İstanbul, Adana 2014)	72
Tablo 4.23.	Tedavi Süreci ile İlgili Değişkenlere Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)	75
Tablo 4.24.	Yaşam Kalitesi Puanları ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine Bakış ile İlgili Önermelerin Toplam Puanının Karşılaştırılması (Ankara, İstanbul, Adana 2014)	77

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “yalnızca sakatlık ya da hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (1). Hastalıklar, bireylerin fizik ve ruh sağlığını etkilemenin ötesinde sosyal rol ve fonksiyonlarını da sağlıklı bir şekilde yerine getirmelerini engellemekte; psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Kronik hastalık, hastalığın uzun zaman devam etme ve progresif olarak kötüye gitme olasılığı ile nitelenen kronik durumların başlangıcını ifade etmektedir (2). Kronik hastalık sürecinin başlaması ile birlikte hastanın ve ailesinin yaşamında ciddi psikososyal problemler ile karşılaşmaktadır. Hasta, yaşamını sürdürmesi için gerekli olan temel fiziksel fonksiyonlarını kaybetmeye başlaması ile birlikte hastalığına karşı çeşitli psikolojik, duygusal ve sosyal tepkiler vermektedir. Psikolojik ve sosyal uyumu bozulan hasta, toplumsal ve ekonomik yaşama katılım ile ilgili sorunlar yaşamaktadır. Sosyal ve aile ilişkilerini sürdürmede güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Kronik hastalık hasta bireyi derinden etkilerken beraberinde ailesindeki insanları da derinden etkileyen izler bırakmaktadır. Ancak her bireyin kronik hastalık sürecine verdiği yanıt aynı olmamaktadır. Bu yanıtların kişilerin yaşına, cinsiyetine, toplumsal cinsiyetine, sosyal statüsüne, aile yapısına, eğitimine, kültürel ve diğer bazı inanışlarına göre değişkenlik gösterdiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (2–5). Kronik hastalıklar bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına tamamen kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve iş birliğini sağlamaktır. Böylece birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (6).

Kronik hastalık grubu içinde toplumda önemli bir yer tutan Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) böbrek fonksiyonunun kronik ve geri dönüşsüz kaybı olarak tanımlanmaktadır (7,8). Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) geliştiğinde hastaya hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek nakli gibi renal replasman tedavilerinden birisi uygulanmaktadır (7,8).

KBY tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bireyi sadece fiziksel yönden değil, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönlerden de etkilemektedir. Sürekli kendileri dışında birtakım gereçlere ve kişilere bağlı olma durumu bu hastaların bağımlılık sorunlarını arttırmaktadır. Tedavinin ertelenmesinin veya ara verilmesinin imkânsız olması, haftada iki-üç kez diyaliz tedavisi alma zorunluluğu ve sıkı diyet bireyin özgürlüğünü kısıtlayarak ve hastanın aile, sosyal ve iş yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir.

Türkiye’de toplam 868 diyaliz merkezinde (329 Kamu, 464 Özel, 75 Üniversite) kronik böbrek hastalarına sağlık hizmeti verilmekte ve bu merkezlerin verileri 20 yıldır Türk Nefroloji Derneği tarafından kayıt altına alınıp incelenmektedir. Türk Nefroloji Derneği’nin 2009 yılına ait raporunda 59.443 hastanın renal replasman tedavisi almış olduğu bildirilmektedir. Bu sayının %78,5’ini hemodiyaliz, %9,9’unu periton diyalizi oluşturmaktadır. (9,10). Son dönem böbrek yetmezliği prevalansının milyon nüfus başına 819, insidansının ise 197 olarak hesaplandığı raporda “diyabet” en önemli son dönem böbrek yetmezliği nedeni olup son dönem böbrek yetmezliği sıklığının giderek arttığı belirtilmektedir (9). Ülkemiz için önemli bir sağlık problemi haline gelen son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalar 2020 yılında diyaliz hastası sayısının 100 bini aşacağını ve bunun ekonomiye maliyetinin 2 milyar doları aşabileceğini göstermektedir (11).

Hemodiyaliz ve periton diyalizi gerektiren SDBY, hastalar ve aileler tarafından baş etme stratejileri geliştirilmesi gereken önemli bir hastalıktır (12). Kaplan De Nour ve Czaczkes tarafından 1972 yılında hastaların tedavi yöntemi ile baş etmelerini etkileyen önemli faktörler olduğu belirtilmektedir. Bu faktörler fiziksel durum, diyaliz öncesi kişilik yapısı, diyalizin yol açtığı faktörler, ailenin tepkisi ve tedaviyi veren ekibin yaklaşımı olarak sıralanmaktadır (13). Hastanın tedavisindeki başarıyı ve hastalıkla baş etme yöntemini etkileyen faktörler Kimmel, Weihs ve Peterson tarafından 1993 yılında yaş, cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, bağışıklık sistemi, kişilik, aile, sosyal ve demografik özellikler olarak tanımlanmıştır (14).

KBY’li hastalar fiziksel, sosyal ve emosyonel faktörler nedeniyle fonksiyon kaybına uğramakta; bu da hastaların yaşam kalitelerinin azalmasına yol açmaktadır (15,16). Hastalığın ilerlemesi ile birlikte artan fiziksel güç kaybı, belirli günlerde diyaliz makinesine bağımlı olması nedeni ile işe gidememe ve artan tedavi giderleri hastayı ekonomik yönde kayba uğratmakta, hasta çoğu kez çevresine bağımlı hale gelmektedir (17). Hastalığına bağlı gelişen fiziksel ve psikolojik değişiklikler nedeni ile hastanın aile içindeki rol ve sorumlulukları farklılaşmaya uğramaktadır. Bu durum hasta ve hastanın içinde bulunduğu ailenin yeni duruma uyum sorununu gündeme getirmektedir. Son dönem böbrek yetmezliği bireyi bağımlı kılarak, benlik saygısını zedeleyip yaşam kalitesini bozmaktadır.

Yaşam kalitesi fiziksel sağlığı, fonksiyonel durumu, ruhsal iyilik halini ve sosyal fonksiyonu kapsayan çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır (18). Yaşam kalitesi, bireyin yaşamdan doyum alması, fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, diğer bireyler ile iyi

ilişkiler kurması, toplumsal davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması, kendisini geliştirmesi ve eğlenmeye zaman ayırması olarak tanımlanmaktadır (19). Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeler olmak üzere iki bölümde incelenmesi önerilmektedir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali ile açıklanmakta olup, fiziksel aktiviteleri yapabilme yetisi, fonksiyonel yeterlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler ise, temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır ve duygusal iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir (19).

Diyaliz tedavisi gören hastalarda ölüm riskinin yüksek olduğu; buna yaş, diyabet gibi diğer hastalıkların varlığı ve beslenme alışkanlıkları gibi faktörlerin neden olduğu; kadın hastaların erkeklere göre genel popülasyonda olduğu gibi daha uzun süre yaşadıkları yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (20–23). Depresyon, sosyal destek gibi psikolojik faktörler ile mortalitenin ilişkisi diyaliz tedavisi gören hastalarda da diğer kronik hastalık tedavisi gören hastalarda olduğu gibi önem taşımaktadır (23–28). Özellikle evlilik hayatındaki tatmin ve zorlukları algılama şekli tedavi sürecinde etki yapmaktadır (29,30).

Diyaliz tedavisi gören erkek ve kadınlarda uyum davranışlarında farklılık görülmekte ve bu fark da yaşam süresinin uzamasında rol oynamaktadır (26,31). Özellikle kadınların baş etme konusundaki beklenti ve yaklaşımları erkeklerden farklılık göstermektedir. Kadınlar erkeklere göre daha çok duygusal ve sosyal destek ihtiyacı duyarken, erkekler özellikle cinsel hayatlarında yaşadıkları sorunlar nedeni ile tıbbi destek ihtiyacı hissetmektedirler (32,33).

Yaşam kalitesini etkileyen ve tedavi yöntemi nedeni ile bireyin hayatına birçok kısıt da getiren KBY olan hastalarda yaşam kalitesi ve/veya hastalığın yol açtığı depresyon ile baş etme, hastalığı algılama, tıbbi hizmetlere ulaşma, önerilere uyma, gördüğü destek gibi konularda birçok çalışma yapılmıştır. Bu tedavi sürecinde Kadın daha çok duygusal ve sosyal destek ihtiyacı hissetmektedir. Özellikle stereotip toplumsal cinsiyet kalıpları ile ilgili geçmiş ve mevcut deneyimlerin bu grup hastada hazırlayıcı bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bu faktörlerin hastalığın seyrinde nasıl bir etki gösterdiği, özellikle “gender” faktörünün incelendiği çalışmalar kısıtlıdır.

Toplumsal cinsiyet (gender) kavramını sosyolojiye dâhil eden Ann Oakley, 1972 yılında yayımlanan Sex, Gender and Society isimli kitabında, cinsiyetin (seks) biyolojik açıdan erkek/kadın ayrımını yaparken, toplumsal cinsiyetin (gender) erkeklik ile kadınlık arasındaki toplumsal bakımdan eşitsiz bölünmeye gönderme yaptığını belirtmektedir (34).

Toplumsal cinsiyet rolleri ve toplumun her iki biyolojik cinsiyetle bağlantılı beklentileri oluşturulan stereotip kalıplar, kadın ve erkeğin yaşam şekli ve çalışma koşullarında farklılık olmasına yol açmaktadır. Toplumsal Cinsiyet Roller ve ayrımcı uygulamalar sonucunda gelen bu farklılık sağlık alanında da kendini göstermekte, kadın ve erkeklerde farklı sağlık sorunlarının gelişmesine yol açmakta, sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanılan sağlık hizmetleri açısından da farklılık göstermektedir (35-37). Kadınların doğumda beklenen yaşam süreleri, biyolojik özellikleri nedeni ile erkekten daha uzun olduğu bilinmektedir. Ancak pek çok toplumda kadınlar erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşamakta, bu da kadınların yaşam kalitesini etkilemekte, uzun yaşam avantajı nitelik açısından düşük olduğu için avantaj olmaktan çıkabilmektedir. Özellikle daha uzun yaşayan kadınlarda kronik hastalıklar, osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, artrit, iskemik kalp hastalığı, inme, alzheimer, demans, sakatlık gibi durumların arttığı bildirilmektedir (38-40). Biyolojik etkenler kadın ve erkek açısından sağlıkta kullanılan “etkili” ve “uygun” terimlerinin de farklılık göstermesine yol açmaktadır. Birçok tıbbi girişim kadın ve erkeğe uygulandığında aynı sonuç elde edilememektedir. Örneğin kadının arter yapısının daha dar olması nedeni ile anjiyoplasti erkeğe kıyasla kadında daha riskli ve daha az başarılı olabilmektedir. Kadının fizyolojik yapısının farklılığı nedeni ile kadın ve erkeğin aynı özellikteki sağlık hizmetini alarak “etkili ve uygun” bir hizmet alamamaktadır (41). Bunlara ilaveten kadının ekonomik bağımlılığı, eğitimi nedeni ile sağlık bilincinin yetersizliği kadınların sağlık hizmetlerine de daha geç, güç hatta ulaşamamaları sonucuna götürmektedir.

Fizyolojik nedenler ile aynı sağlık hizmetinin aynı başarıyı getirmemesi, toplumsal cinsiyet rolleri nedeni ile yaşam kalitesindeki farklılıklar, daha uzun yaşam süresinin beraberinde getirdiği kronik hastalık yükü, hizmete ulaşmadaki engeller, kadınların aldıkları tedavi sürecinde farklı sonuçlar doğurabilmektedir.

Kronik hastalıklar nedeni ile tedavi gören hastaların tedavi sürecini, dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak toplumsal cinsiyet rolleri söylenebilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde hasta tedavi ekibine ve hastaneye kendisini bağımlı hissetmektedir. Hasta zamanının belli bir kısmını tedavi sürecine ayırmak zorunda kalmaktadır. Hastalık ile birlikte gelen yaşam kısıtlılıkları, tedavi sonrasında günlük yaşam gereklerini yerine getirirken yaşadıkları sıkıntılar cinsiyet rollerinde değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle, prevalansı her geçen gün giderek artan kronik böbrek yetmezliği önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. Tedaviye etki eden

faktörlerin toplumsal cinsiyet bakışı ile incelendiği çalışmalar literatürde çok kısıtlı sayıda yer almaktadır.

Yaşam kalitesini etkileyen ve gerek hastalığın kendisi gerekse tedavi yöntemi nedeni ile bireyin hayatına birçok kısıt da getiren KBY hastalarında yaşam kalitesi ve/veya hastalığın yol açtığı depresyon ile baş etme konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Kadının daha çok duygusal ve sosyal destek ihtiyacı hissettiği bu tedavi sürecinde özellikle toplumsal cinsiyet rollerinin getirdiği yaşam yükünün nasıl bir etki ve değişim gösterdiği konusu ise ilgili araştırmaların nicelik ve nitelik yönü ile kısıtlı olması, toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan durumların sağlığı etkileyen çok önemli faktörler olması daha fazla “incelemenin yapılması” gereken bir alan olarak önemini hala korumaktadır.

I. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Bu çalışmada, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitelerinin “toplumsal cinsiyet bakışı ile” değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.1. Toplumsal rollere bakış açısını değerlendirmek üzere aşağıda sıralanan araştırma soruları değerlendirilmiştir.

- Kronik böbrek hastalığı tedavisi için hemodiyaliz uygulanan hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakışları yaşadıkları illere göre farklılık göstermekte midir?
- Kronik böbrek hastalığı tedavisi için hemodiyaliz uygulanan hastaların seans sonrasında ihtiyaçları ile ilgilenilme durumunun hastanın cinsiyetine göre farklılık göstermekte midir?
- Kronik böbrek hastalığı tedavisi için hemodiyaliz uygulanan hastaların “toplam toplumsal cinsiyetçi bakış puanlarına” göre yaşam kalitelerinin farklılık göstermekte midir?
- Kronik böbrek hastalığı tedavisi için hemodiyaliz uygulanan hastaların hemodiyaliz seansı sonrasında yaptığı aktivitelerin cinsiyet açısından farklılık göstermekte midir?
- Kronik böbrek hastalığı tedavisi için hemodiyaliz uygulanan hastaların duygu durumlarının cinsiyet açısından farklılık göstermekte midir?

- Kronik böbrek hastalığı tedavisi için hemodiyaliz uygulanan hastaların yaşam kalitesinin cinsiyet ile farklılık göstermekte midir?
- Kronik böbrek hastalığı tedavisi için hemodiyaliz uygulanan hastaların yaşam kalitesi yaşadıkları şehirlere/bölgelere göre farklılık göstermekte midir?
- Kronik böbrek hastalığı tedavisi için hemodiyaliz uygulanan hastaların yaşam kalitesi SF-36 bileşenleri açısından cinsiyetler arasında fark göstermekte midir?



II. GENEL BİLGİLER

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), çok çeşitli hastalıklara bağlı olarak nefronların ilerleyici ve geri dönüşümsüz kaybı ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (7,8). Etiyolojide birçok hastalık bulunsa da diabetes mellitus, hipertansiyon ve glomerülonefritler altta yatan temel nedenleri oluşturmaktadır. Primer olayın tedavi edilebildiği ve renal hasarın çok ileri olmadığı hastalarda, böbrek fonksiyonları iyi durumdadır ve hastalığa bağlı herhangi bir klinik veya biyokimyasal anormallik gözlenmemektedir (7,8).

Hastaların klinik belirti ve bulgularının altta yatan patoloji, böbrek yetersizliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (1,2). Yetmezliğin ileri aşamalarında alınan su ve elektrolitlerin de vücutta birikmesi ile bazen ölümcül komplikasyonlar gelişebilmekte; böbreğin endokrin fonksiyonlarının bozulması ve sağlam kalan nefronlardaki fonksiyonel adaptasyonu sağlayabilmek üzere kanda düzeyi yükselen bazı hormonların (örneğin; parathormon (PTH) ve atriyal natriuretik faktor) üremik bir toksin gibi rol oynaması sonucu pek çok belirtinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Kronik böbrek hastaları diyaliz veya böbrek nakli gibi renal replasman tedavileri ile yaşamlarını sürdürebilmektedirler (7-9).

KBY hastada kronik bir hastalık sürecinin yol açtığı tüm problemlere ek olarak hastalarda sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlara da neden olduğu için multifaktöryel olarak değerlendirilmesi gereken bir sendromdur. Türkiye’de toplam 867 diyaliz merkezinde kronik böbrek hastalarına sağlık hizmeti verilmekte ve bu merkezlerin verileri 20 yıldır Türk Nefroloji Derneği tarafından kayıt altına alınıp incelenmektedir. Türk Nefroloji Derneği’nin 2009 yılına ait raporunda 59443 hastanın renal replasman tedavisi almış olduğunu ve bu sayının %78,5’ini en sık kullanılan tedavi yöntemi olan hemodiyalizin oluşturduğunu, periton diyalizinin ise sadece %9,1 oranında kullanıldığı belirtilmektedir (9, 10). Kronik böbrek yetmezliği prevalansının milyon nüfus başına 819, insidansının ise 197 olarak hesaplandığı raporda “Diabet” en önemli son dönem böbrek yetmezliği nedeni olarak görülmekte ve son dönem böbrek yetmezliği sıklığının giderek arttığı vurgulanmaktadır (9, 10). Türkiye için son derece önemli bir sağlık problemi haline gelen kronik böbrek hastalığı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalar 2020 yılında diyaliz hastası sayısının 100 bini aşacağını ve bunun ekonomiye maliyetinin 2 milyar doları aşabileceğini göstermektedir (11).

KBY etiolojisinde rol oynayan faktörlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kronik böbrek yetmezliğinin % 39'unu diabetes mellitus, % 26'sını hipertansiyon ve % 11'ini glomerulonefrit oluştururken; Türkiye'de olguların % 32,7'sini diyabetik nefropati, % 26,3'ünü hipertansif nefroskleroz, % 7,2'sini glomerulonefrit, % 3,1'ini polikistik böbrek hastalığı, % 2,4'ünü pyelonefrit, %1,9'unu renal amiloidoz ve % 1,4'ünü renal vasküler hastalıklar oluşturmaktadır. Olguların % 7,3'ünü diğer nedenler oluşturmakta, olguların % 14,6'sında ise KBY etiolojisi bilinmemektedir (7- 11).

Türkiye'de son yirmi yılda KBY'nin etiolojisinde rölatif bir değişme olduğu görülmektedir (9). Geçmişte KBY' ye götüren başlıca sebep glomerulonefrit iken günümüzde altta yatan etiyolojiler diyabetik ve hipertansif nefropatilerdir. Glomerulonefritlerden korunma ve etkin tedavi, özellikle diyabetik ve hipertansiyonlu kişilerde azalmış mortalite, etiolojideki değişimin anahtar noktaları olarak belirtilmektedir. Ömrün uzaması ve azalmış erken kardiyovasküler mortalite de KBY'li hastaların ortalama yaşını arttığı, yaşlılarda KBY'nin en sık sebebi hipertansiyon olduğu yapılan çalışmaların sonuçlarında görülmektedir (7-11, 42, 43). Gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında etiyolojik nedenlerin sıklığı ile ilgili olarak ortaya çıkan fark bu şekilde açıklanabilmektedir.

KBY olan hastalarda renal replasman tedavileri; hemodiyaliz, periton diyalizi ya da böbrek naklidir (7, 8, 42,). Hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilmektedir. Diyalizin başlatılmasına karar verirken değişik faktörler (diyaliz imkânları, yaşam kalitesi, diyetle uyum ve ileri dönemde organ nakli imkânı) göz önüne alınmaktadır (7-9,13-16, 43-49).

Periton diyalizi ve hemodiyaliz olmak üzere diyaliz iki farklı yöntemle uygulanmaktadır. Periton diyalizi hastanın evinde, aileden birinin yardımı ile hatta hastanın kendisi tarafından uygulanabilmektedir (7, 8, 42-49). Hemodiyaliz ise genel olarak belirli merkezlerde uygulanabilmektedir. Hemodiyaliz uygulaması hastayı makineye ve tedavi ekibine bağımlı kılmakta dolayısıyla hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan KBY hastaları haftada 2 veya 3 gün tedavi aldıkları merkeze gelerek vücutlarında birikmiş olan atık maddelerden arındırılma işlemi görmektedirler. Bu işlem beraberinde birçok dezavantaj da getirmektedir (42-48, 50-53). Hemodiyaliz makinesine bağlanabilmek için gerekli olan fistül'ün açılması cerrahi bir işlem gerektirmektedir. Fistül kimi zaman sorun çıkarabilmekte, enfeksiyona yol açabilmekte, hastanın tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Akut komplikasyonlar içerisinde hastayı ölüme kadar götürebilen Diyaliz Dengesizlik Sendromu, hipotansiyon, hava embolisi, kanama ve adale krampları yer almaktadır (7, 8, 42-49,50-56).

Hemodiyaliz tedavisi, hastaların değişmek zorunda kalan yaşam şekilleri nedeni ile yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir (18, 19, 24–28, 57–60). Hastalar yaşamlarındaki bu değişikliklere alışırken ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken birçok uyum sorunu yaşamaktadırlar (18, 26, 30, 31, 60, 61). En büyük stres nedenlerinden birisi diyaliz işleminin kendisidir. Tedavinin ertelenmesinin veya ara verilmesinin imkânsız olması, diyet uygulanması zorunluluğu, haftada iki veya üç kez tedaviye girmek zorunluluğu ile kısıtlayıcı bir diyeti sürdürmek kişiye hastalığını sürekli hatırlatmaktadır (14, 33, 60, 61). Cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı, maddi kayıplar, sık hastalanma, uyku bozukluğu ve sağlık personeli de hastanın yaşadığı stresi arttırabilmektedir (60–65).

Bütün bu sorunlar hastanın tedaviye uyumunu bozmakta, hastanın yaşam kalitesini kötüleştirmektedir (18, 30, 57-61). Hastalarda tedavi ekibi ile işbirliğinin kesilmesi, tıbbi girişimleri engelleme, diyetle uymama, ilaçları düzenli kullanmama, diyaliz seanslarına düzenli girmeme, bazen tedavi ekibine sözel veya fiziksel saldırı gibi çatışmalar meydana gelebilmektedir. Tüm bunlar hastanın premorbid kişiliği, aile ve arkadaş desteği ve altta yatan hastalığın seyrine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların da gelişebildiği hastalık sürecinde hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar depresyon, anksiyete, tedaviye uyumsuzluk, uyku bozuklukları, cinsel fonksiyon bozukluğu, intihar girişimi, psikoz ve rehabilitasyondaki zorluklar olarak belirtilebilmektedir (14, 57–66). Tüm bunlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalar en zor kronik hasta grubu olarak görülmektedir. Yaşamını sürdürebilmek için bir makineye bağımlı olma zorunluluğu hiçbir kronik hasta grubunda olmayan bir bağımlılık durumu yaratmaktadır (67-69). Hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalar tedavi sürecinde iki zıt mesaj almaktadırlar: hastaya bir makineye bağımlı olduğu, diyetine dikkat etme zorunluluğu, hastalığın ve tedavinin yan etkilerini kabul etmesi gerektiği söylenirken bir yandan da günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklentisi aşılanmaktadır. Hasta bu çatışma ile üç şekilde mücadele eder (70-73). Hasta çatışmanın iki yönünde de yaşamaktadır (tedavi sırasında bağımlı, tedavi dışında bağımsız); aşırı bağımlılığı tercih etmektedir, hasta rolünü benimsemekte ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşmaktadır; bağımlılıktan korkup hastalığa ve tedaviye isyan etmektedir. Tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı tolere edemeyen hastaların genellikle anksiyetesi fazla olan hastalar olduğu görülmektedir (66, 71, 72, 74). Bu hastalarda sağlık personeli önerilerine uymama sık görülmektedir. Özellikle diyetle ve ilaçlara uymama,

negativizm, çocuksu davranışlar, sağlık personeline öfke, pazarlık gibi belirtiler göstermektedirler. Yaşlılar ve çocuklar sıklıkla tedaviye genç erişkinlerden daha iyi uyum sağlamaktadırlar (69, 72, 73). Bunun nedeninin çocuklarda çocuğun yaşamın böyle olduğunu düşünmesi, yaşlılarda ise yaşamdan beklentilerinin düşük olması ve başka uğraşlarının olmaması olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastaların birçoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakınma olarak karşılaşılmaktadır. Makineye bağımlılık, otomininin sınırlandırılması, fiziksel durum, iş aile düzenlerindeki bozulmalar bu kaygıyı arttırmaktadır. Hastalığın yaşantısının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu ekonomik yetersizlik bu kaygıyı daha da arttırmaktadır (62-64). Katastorifik kaygı (felaket derecesinde kaygı) ve panik ile baş edebilme sürecinde kızgınlık ve inkâr davranışları görülmektedir (58-72, 74). Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilen hastalar daha kolay uyum sağlamaktadırlar.

Uzun süreli hemodiyaliz başlangıcında hastalar, kendilerini ölümden kurtaran bu makineye minnet duygusu ile bağlanmakta ve onunla çok iyi dost olmaktadır. Balayı dönemi olarak adlandırılan bu dönemde makine hastalar için değerli bir can yoldaşı, diğer bir deyişle onların her şeyidir. Aynı zamanda hastalar, bu makine sayesinde böbreklerin tekrar çalışmaya başlayacağı şeklinde bir ümit de geliştirebilmektedirler (74). Bazı hastalarca geliştirilen ve böbreklerin tekrar çalışacağı şeklindeki ümitler gerçekleşmeyince hastalar rüyadan uyanır gibi gerçekler ile karşılaşmakta ve cesaretin kırılması olarak adlandırılan ikinci döneme girmektedirler. Bu dönemde hastalıktan ölmek ya da makineyle yaşamak ikilemi hastalarda ambivalent duygulara neden olmakta ve psikolojik durumlarını bozmaya başlamaktadır (69, 70, 71, 74). Bu dönem hastaların en fazla psikolojik desteğe gereksinimi olduğu dönemdir. Son olarak uzun süreli uyum dönemi gelmektedir. Hastaların hemodiyalizi tolere edebilmesinde en önemli etken hastalığın, hemodiyaliz ve bu yaşam tarzının kabul edilebilmesidir (72, 74). Bunu gerçekleştiren hastalar durumlarını hala inkâr eden hastalara kıyasla daha uyumlu, başarılı aktif ve rahat bir yaşam geçirmektedirler. Uzun süreli uyum dönemi hemodiyalize iyi uyum yapmış hastalarda dahi sıklıkla psikolojik yardıma gereksinim oluşturan uzun bir dönem olup, böbrek nakli veya ölüm ile sonuçlanmaktadır.

Tanı aldıkları andan hayatlarını kaybettikleri güne kadar geçen süre içerisinde KBY hastalarının yaşam kalitesi devamlı etkilenmektedir (72, 75). Kronik hastalarda yaşam kalitesini normal seviyede tutmak için gerekli psikolojik destek programları uygulanmaktadır.

Yaşam, bedenin temel gereksinimlerinin karşılanması ve hastanın hayatını ve yaşantısını normal bir şekilde devam etmesi olarak tanımlanmaktadır. Buna normal yaşam kalitesi denmektedir (12, 13, 18, 19, 57, 75).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır (1). Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yani bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, sübjektif olarak algılanan bir niteliktir ve aslında pahalı zevklerle doğrudan bir ilişkisi yoktur. Esas amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğini saptamaktır (18, 19, 57, 75, 76).

Yaşam kalitesinin pek çok bileşkeni bulunmaktadır: sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik. Bu bileşenlerin birinin bile eksikliği kişinin "ben kaliteli bir yaşam sürüyorum." duygusunu zedelemektedir (18, 19, 57, 66).

Yaşam kalitesinin tanımlanması ve ölçümü zordur. İnsanların yaşam kalitesi diye adlandırdığı çoğu şey kültürel esaslara dayanmaktadır. Tek bir toplumun içinde bile yaşam kalitesinin ne olduğu alt kültürlerle ve bireylere göre farklılık göstermektedir.

Tüm insanlık için evrensel bir kavram olan yaşam kalitesi, 1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonra da psikoloji biliminin uğraş alanına girmiş; 1970'li yıllardan sonra sağlık alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur. Yaşam kalitesi fiziksel sağlığı, fonksiyonel durumu, ruhsal iyilik halini ve sosyal fonksiyonu kapsayan çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır (18). Evans ve arkadaşları (57) yaşam kalitesinin objektif ve sübjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir.

i- Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri

Fiziksel iyilik hali yaşam kalitesinin objektif göstergesi olarak tanımlanmaktadır.

- a) Kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma, uyku)
- b) Hareket (evin içinde ve dışında hareket etme)
- c) Fiziksel etkinlik (yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, yorgunluk)
- d) Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller)

e) Sağlık hastalık inancı, tanı ve tedavinin sonucu fiziksel iyilik halini içermektedir.

Burada bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirebilmesinin yanında bunların yeterli düzeyde olması ve kişinin bu durumdan doyum bulması önem taşımaktadır.

ii. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri

Psikolojik İyilik Hali: Kişinin farklı durumlara uyum sağlama stratejilerini ve değişik ruh hallerini kapsamaktadır. Psikolojik iyilik hali kişinin subjektif yaşam kalitesi göstergelerini ifade etmektedir. Bunlar yaşam doyumunu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif olarak değerlendirilmesi ile elde edilmektedir. Burada kişinin kendi kendini değerlendirmesi olan öznel bir doyum veya sonuç yaşam kalitesidir. Psikolojik-emosyonel esenlik; anksiyete, depresyon, beden imajı, otonomi, yararlılık dinlenme ve uğraşı ile ilgili durumlarda yaşamın normallliğini ve mutluluğunu içermektedir.

Sosyal ve Bireysel İyilik Hali: Kişinin eş, aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerinin niteliği ve niceliği ile sosyal faaliyetlere katılma sıklığı, sosyal destek görme, rollerini yerine getirme süreci olarak tanımlanmaktadır.

Maddi İyilik Hali: Var olan durumdaki geleceğe yönelik güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi gibi fonksiyonlar olarak tanımlanmaktadır.

Hemodiyaliz hastaları; fiziksel, sosyal ve emosyonel faktörler nedeniyle fonksiyon kaybına uğramakta; bu da hastaların yaşam kalitelerinin azalmasına yol açmaktadır. KBY hastalarının baş etmek zorunda kaldıkları sosyal değişiklikler arasında çalışma hayatında engel, maddi kazançta düşüş, tedavi masraflarında artış ve diyet kısıtlılığı başta yer almaktadır (12, 18, 19, 66, 69–74). Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, hastalığın semptomları ile uğraşmak, belirli bir diyeti sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda olduklarından, hemodiyaliz bireylerin sosyal, ekonomik, psikolojik, özetle yaşamın tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemektedir (66, 72, 74). Ayrıca böbrek nakli ile ilgili belirsizlikler ve böbrek

nakli için bekleme süresinde yaşanan sosyal ve psikolojik olaylar da hasta ve ailesi için baş edilmesi güç psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir.

Yaşam kalitesinin çeşitli görünüş ve içeriklerini kantitatif olarak değerlendirmek oldukça güçtür. Yaşam kalitesini gösteren farklı durumların değerlendirilmesinde, her bir durumu gösteren çok sayıda soruların cevaplanması gerekmektedir. Bu karmaşıklık yüzünden, yaşam kalitesini değerlendiren çok sayıda farklı ölçekler geliştirilmiştir. Yaşam kalitesinin çoğu içeriği doğrudan gözlenememektedir. Bunlar sorunları ölçme teorisiyle dolaylı değerlendirilmektedir. Bu teori doğru görüşleri ölçen sorulardan oluşturulmuş ölçeklerin hastaya sorulmasıyla dolaylı ölçülebilen doğru yaşam kalitesi değerinin varlığını önermektedir. Cevaplar rakamsal skorlara çevrilerek değerlendirilmektedir (76–78).

Yaşam kalitesini etkileyen tüm faktörler, sadece psikolojik ve sosyal durum olarak değil, aynı zamanda fiziksel durumu da güçlü bir şekilde etkilemektedir. Yaşam kalitesi belirteçleri ile morbidite ve mortalite arasında güçlü bir ilişki olduğu da bildirilmektedir (79). Yaşam kalitesi skorları daha yüksek olan hastaların yaşam sürelerindeki uzamanın, daha iyi performans durumu ve daha az morbidite ile birlikte olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Yaşam kalitesinin objektif fonksiyonel durumla güçlü bir ilişkisi olmadığı bilinmektedir. Fonksiyonel durumun düşük değerleri kendini iyi hissetmenin düşük değerleri ile ilişkili değildir, yaşam kalitesi değerlendirilirken ölçümler her zaman stabil olmayabilir (76–78, 80). Bu durum, insanların değişen durumlarda ümitlerini ve amaçlarını değiştirdikleri için oluşmaktadır.

Hastaların tercihleri veya değerleri de önemli rol oynamaktadır; her birey için bazı semptomlar diğerlerinden çok daha rahatsız edici olarak algılanmaktadır. Objektif ve sübjektif değerlendirmelerin kombinasyonunun çok daha yeterli olduğu ifade edilmekte ve yaşam kalitesi ile ilgili çoğu soru her ikisini de içermektedir (76–78, 80).

KBY hastalarının değerlendirilmesinde çok çeşitli yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmıştır (80). Bu ölçeklerin yaşam kalitesini değerlendirme, uygulama metodu, testi sonlandırma zamanı, soru sayısı, referans periyotları, görünümü, skorlaması ve yapılabildiği diller açısından farklılık göstermektedir. (Tablo 1.1: Nefroloji çalışmalarında en sık kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri)

Hemodiyaliz hastalarının değerlendirilmesinde en sık kullanılan SF-36, “Medical Outcomes Study” tarafından geliştirilen, yaşam kalitesini ölçen genel bir ölçektir ve birçok dilde kullanılmaktadır (79). SF-36 RAND, SF-36 olarak da bilinen Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının

değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeği olarak kullanılmaktadır (77, 78). Otuz altı ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve bu başlıklar altında yer alan 8 sağlık alanını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir.

Tablo 2.1: Nefroloji Çalışmalarında En Sık Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Genel ölçekler	Spesifik ve karışık ölçekler
KI	Kidney Disease Questionnaire (KDQ)
SIP	KDQOL-SF
SF-36	DIA-QOL
TTO	
Index of Psychological Affect	
Campbell Index of Well- Being	
Global Adjustment to Illness	
Simmons Self-Esteem Scale	
Index of General Affect	
Symptom Checklist 90-R	
Functional Impairment Index	
Nottingham Health Profile	
Spitzer QOL Index	
Cantril's Self-Anchoring Scale	
Life Satisfaction Scala	

SF-36'nın sağlıklı toplum ve hasta toplumlarında güvenilir ve geçerli olduğu kanıtlanmış, Nefroloji bilim dalları tarafından hem araştırma hem de bireysel hasta takiplerinde kullanılmaktadır (76, 78, 79). SF-36 diyaliz hastaları ve sağlıklı kişiler arasındaki, diyaliz ve transplant hastaları arasındaki, çeşitli derecede ilave hastalığı olanlar arasındaki ve hastanede kalma süresi ve kullanılan tedavi sayısı gibi bilinen grup sınıfları arasındaki ayrımları göstermektedir. Soruları kısa ve uygulaması kolay olduğundan özellikle sorun yaşayan hastalar tarafından kabullenilme oranı çok yüksektir (76-78).

Yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden birini toplumsal cinsiyet rolleri oluşturmaktadır. Kişinin biyolojik cinsiyeti nedeni ile toplum tarafından kendisine atfedilen roller, uygulanan ayrımcılıklar beraberinde yaşam kısıtları ve yükleri getirmekte, bu da o kişinin yaşam kalitesini, insan haklarını tam olarak kullanabilmesini doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir (17, 38, 81-83).

Cinsiyet kavramı, dünya üzerindeki bütün insanları kadın ve erkek olmak üzere iki gruba ayırmaktadır. Cinsiyet şeklinde kavramlaştırılan bu olgu, bireye yönelik toplumsal anlamaları, değerleri, rolleri biçimlendiren, özellikleri ve beklentileri içeren önemli bir sosyal kategoridir. Toplumsal cinsiyet kavramı, biyolojik cinsiyetten farklı olarak, bir kişinin,

“sosyal” veya “psikolojik” cinsiyetini tanımlamaktadır. Söz konusu kavram İngilizceden, özellikle toplumsal/sosyal cinsiyet (gender) ile biyolojik cinsiyet (sex) arasındaki ayrımı gözetebilmek için alınmıştır. Türkçede “cinsiyet” her iki anlamda da kullanılabilir; toplum ve sosyal bilimlerde bu kavram, cinsiyete ait bir özelliği ifade eden “gender” teknik bir terim olarak işlevsellik kazanmıştır (81, 83).

“Cinsiyet rolü kavramı, bir kişinin, kendi cinsiyet kimliğini kanıtlamak için söylediği ve yaptığı her şeyi ifade etmek için kullanılır.” (Money, 1955) (84).

“Cinsiyet rolü, kişinin toplumda sergilediği davranışlar, özellikle de diğer insanlarla oynadığı rollerdir.” (Stoller, 1968) (85).

Kadının erkekle eşit olduğu görüşünün feminist söylemden toplumsal cinsiyet kavramı haline dönüşmesi 1965 yılında John Money tarafından teklif edilmiş, 1968 yılında Robert Stoller tarafından teorize edilerek birçok bilim dalında yerini almış, üzerinde çalışmalar yapılan önemli bir uzmanlık alanı haline gelmiştir (85-87).

Biyolojik farklılıklar nedeni ile tarih boyunca farklı görülen kadın ve erkek, toplumsal cinsiyet bakışı ile değerlendirildiğinde, kişinin cinsiyetinin getirdiği biyolojik farklılıklar dışında toplum tarafından ortaya konan düşünce yapısı ve sosyal yaşam başarısı ile anılmaya başlanmıştır. Yaradılış gereği fiziksel gücü daha kuvvetli olan erkek tarih boyunca hane dışındaki yaşamda var olmuş (avlanmak, korumak gibi), fiziksel gücü daha az olan ve doğum yapma özelliği nedeni ile kadına hane içindeki yaşamı denetleyen, düzenleyen bir rol verilmiştir. Cinsiyetin üreme organlarına bakılarak tayin edildiği, bu organların yapıları nedeni ile kadın ve erkeğin birbirini tamamladığı düşüncesi kadının erkek cinsiyetine atfedilen rollerden uzaklaşmasına, erkeğin hayatında tamamlayıcı unsur olarak yer alan kadına farklı roller verilmesine yol açmıştır. Doğa tarafından belirlenen cinsiyet, kültür ile toplumsal cinsiyete dönüşmekte ve bu kimlikler erken yaşta cinsel eğitim ve tutum ile kişiye benimsetilmektedir (87-91).

Değişen yaşam şekilleri sonucunda “koruyucu, avcı erkek” rolü farklılaşmıştır. Yerleşik düzen ve gelişen teknoloji ile birlikte iş hayatının gereklikleri fiziksel güçten zihinsel güce geçmiştir. Özellikle İkinci Dünya Savaşı sırasında kadının ağır sanayi alanında da yer almaya başlaması cinsiyeti belirleyen organlar ile gelen rollerin değişmesine yol açmış, hane içerisinde sıkışmış kadın hane dışındaki hayattan eşit pay istemeye başlamış, feminist akımlar

olarak adlandırılan hareketler sonucunda kadın erkek dünyasında kendisine yer edinmeye başlamıştır (88-92).

Erkek dünyasında yer edinen kadın birçok açıdan hala ikinci sınıf muameleye maruz kaldığı bir dünya düzeninde kadının sosyal statüsünün geliştirilmesi ve cinsiyeti nedeni ile uğradığı farklı davranış şekillerinin düzeltilmesi amacı ile 1946 yılında Birleşmiş Milletler (BM) kapsamında “Kadının Statüsü Komisyonu “ kurulmuş halen işlevini sürdüren bu komisyonun öncülüğü ile uluslararası bir dizi faaliyetler le kadının toplumdaki ikincil konumu ve ayrımcılığı ile mücadele edilmesi sürdürülmüştür. BM tarafından ilan edilen 1975-1985 “kadın on yılı” içinde, 1979 yılında gerçekleştirilmiş olan “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)” bu sürecin en önemli çıktılarından biri olup uluslararası yasa niteliğindedir. Birleşmiş milletlerin sekiz temel insan hakları bildirgesinden biri olan CEDAW’da kadınlara karşı ayrımcılığın tanımı yapılarak kadınların birey olarak haklarını vurgulanmış ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin hem yasal hem de uygulamada sağlanması amaçlanmıştır (93). Türkiye CEDAW sözleşmesini 1985 yılında imzalamış olup 1986 yılında ise TBMM tarafından onaylanmıştır.

Kadın haklarına dair uluslararası yasa olan CEDAW’da ayrımcılık tanımlanarak, ayrımcılığın önlenmesi için devletlerin yapması gereken düzenlemeleri belirtilmiştir. Bildirge genel olarak insan hakları kapsamında kadın eşitliğini ele almış, bu hakların ihlali halinde 1992 yılında kabul edilen “ihtiyari protokol” ile kadınlara, hak ihlali durumunda BM CEDAW komitesine doğrudan kadınlara kişisel başvuru hakkı vermiştir. Genel başlıklar olarak kadına yapılan ayrımcılığı önlemek adına CEDAW; kadının medeni haklar ve yasa karşısında eşitliğini, üreme hakları ile ilgili kadınların haklarını elde etmeleri için düzenlemeler yapılmasını ve kültürel faktörlerin toplumsal cinsiyet ilişkilerine etkisinin kaldırılmasını sağlayacak tanımlar ve düzenlemeler getirmiştir (93).

Birleşmiş Devletler tarafından sunulan ve hükümetlerin yasalarında gerekli değişiklikleri yapacaklarını taahhüt ettikleri CEDAW ile ancak yasalar çerçevesinde güvence altına alınabilen ayrımcılıkların önüne geçilebilecek olması; kültür ile birlikte gelen rollerin ve kimliklerin kadın söz konusu olduğunda değişmesinin çok zor olması toplumsal cinsiyet alanında yapılan çalışmaların önemini arttırmaktadır. Kültür; tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmeye kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür. İlk olarak pasif ve algılayıcı konumda olan birey ardından öğrendiklerini uygulayan ve öğreten bir konuma geçerek içinde yaşanılan kültürün devamını sağlar (40, 82, 92, 93).

İçinde yaşanan kültürün etkisi ile bebek doğar doğmaz hatta bazı durumlarda doğumdan önce cinsiyetin toplumsallaşması da başlamaktadır. Çocuklarını eşit olarak değerlendirdiklerine inanan anne babalar bile, erkek çocukları ile kız çocuklarına farklı tepkiler göstermektedir. Farklı coğrafya ve kültürlerde cinsiyete karşı gösterilen bakış açısının çok farklılıklar göstermesi, kadın veya erkek olarak cinsiyete dayalı bir kimliği üzerinde taşıyan bireyin, toplumsal beklentilere kayıtsız kalmasını zorlaştırmaktadır. “Cinsiyet kültürü” olarak ele alınan kavram, toplumsal sistem içerisinde cinsiyete yönelik tüm nitelermeleri ve değerlendirmeleri kapsamaktadır. Cinsiyeti, toplumsal cinsiyeti ve cinsiyet rollerini de içine alan ve belirleyen cinsiyet kültürü, cinsiyete yönelik değer, tutum ve davranışların nasıl olması gerektiğini ifade eden, bu doğrultuda ikazlar yapan, sınır koyan, rehberlik eden ve yönlendiren kültürün bir alt bölümüdür. Cinsiyet kültürü, cinsiyete yönelik kültürün geliştirmiş olduğu değer hükümleri bütünüdür. Toplum içerisinde önemli bir yere sahip olan ve cinsiyete yönelik davranışları tayin eden bu kültür, insanlar arası ilişkilerin oluşturulmasını ve düzeni sağlamaktadır (40, 82-88, 90).

Erkekler ile kadınlar arasındaki farklılıklar sadece biyolojik, fizyolojik veya psikolojik değil, aynı zamanda kültürel ve sosyolojiktir. Aslında tüm bu farklılıklar, cinsiyet özellikleri ile birlikte cinsiyete yönelik kültür tarafından ön görülen kalıp yargıların ve rollerin öğrenilmesine bağlıdır. Çünkü çoğu zaman kadına ve erkeğe atfedilen özelliklerin kültür içerisinde tanımlanmış, öngörölmüş bir yeri bulunmaktadır (81-91). Türkiye gibi ataerkil toplumlarda kadınlar erkekler ile karşılaştırıldığında daha az güce, statüye, parasal kaynaklara, otonomiye ve bağımsızlığa sahip oldukları bir hayat sürdürmektedirler. Toplum kadınlardan iyi bir eş, anne ve ev kadını olmalarını beklerken, erkeklerden başarılı ve her zaman güçlü olmalarını beklemektedir. Geleneksel olarak kadınlar çevrelerindekiyle yardımcı olmak, her şeyden hoşnut olmak, asla öfkelenmemek, şikâyet etmemek, otoriteye boyun eğmek, soru sormamak, başkalarını rahat ettirmek, bencil olmamak ve kendilerini düşünmemek üzere yetiştirilirlerken, erkeklere güçlü olmak, başarılı olmak, duygularını açığa vurmamak ve yalnızca kendilerini düşünmek öğretilmektedir (40, 83, 88-96). Kültür, yasalardaki ayırımcı maddeler ya da yasaların gerçek uygulamalara yansımaması, gerekli düzenlemelerin eksik kalması gibi faktörlerin oluşturduğu kadın sorunları, 1995 yılında Pekin’de yapılan “IV. Dünya Kadın Konferansında” çeşitli boyutları ile küresel düzeyde ele alınmış, kadın erkek eşitsizliğinin devam ettiği vurgulanarak, artan yoksulluğun bu durumu şiddetlendirdiği belirtilmiş; hükümetler, kadının güçlenmesi ve ilerlemesi, kadın erkek eşitliğinin geliştirilmesi ve toplumsal cinsiyet perspektifinin “ana akımlaştırılmasının sağlanması” ile ülkelerin politika, plan ve programlara yerleştirmesi konusunda yükümlü

kılınmıştır. Bu konferansın sonuçları “Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu” isimli iki belge olarak düzenlenip, konferansa katılan ülkeler tarafından imzalanarak kabul edilmiştir. Bu kararlar, 2000 yılında New York’ta özel oturumunda “Kadın 2000: 21. Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma, Barış” konulu oturum ile CEDAW sözleşmesinin önemi, sivil toplum kuruluşlarının rolü, erkeğin katkısının gerekliliği bir kez daha gündeme getirilmiştir (93-95).

Toplumsal cinsiyet, kimin neyi, nasıl yapacağını ve kime hangi özellik ve değerler atfedileceğini belirlemektedir. Dolayısıyla “*Kadın doğulmaz, olunur*” sözü yalnızca kadınlar için değil, erkekler için de geçerlidir. Çünkü toplum, kadın ve erkek kimliklerini kurgulamakta; yalnızca kadınları değil, erkekleri de bu kimlikler içine sokmaktadır. Erkeklik, toplumsal olarak üretilmiş, yapay ve değiştirilebilir bir kavramdır. Egemen erkek üstünlüğüne dayalı erkekliğin etkileri evrensel olup, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin asıl kaynağını oluşturmaktadır.

Toplumsal cinsiyet düzeni içerisinde erkekliğe dair karakteristik özellikler, erkekler tarafından sosyalleşme süreçleri ile öğrenilmektedir. Erkekler, toplumsal cinsiyetçi yapı içerisinde ister birey olarak, isterse farklı gruplara mensup erkekler olarak güç ilişkileri üzerinden tanımlanmaktadırlar. Toplumsal cinsiyet düzeni içerisinde erkeklerin yaşamları güce sahip olmak, güç üretmek ve gücün kendisi olmak biçiminde kurulmuştur (81-83, 91-93). Güç yalnızca sahip olunan bir olgu olarak kalmamakta, toplumsal cinsiyet gibi inşa edilmektedir. Güç, erkeklerin yalnızca kadın ve çocuklar üzerinde değil, aynı zamanda birbirlerine karşı da geliştirdikleri bir kavramdır. Bu durum günümüzde genel bir ifadeyle “erkeklik” olarak tanımlanmaktadır. Bu çerçevede, erkek olmak çoğu zaman bir güç meselesi olarak algılanmaktadır.

Bu güç ve erkeklik kavramı birçok alanda erkeklerin kadınların haklarını ihlal etmelerine sebep olmaktadır. Toplumsal cinsiyet içerisinde benimsenen erkeklik, pek çok erkeğin esnek ve duyarlı olmalarını engellemektedir (91-95). Erkekler, erkekliğe dair rollerini içselleştirmiş yetişkin birey olduklarında toplumsal cinsiyetten kaynaklanan ayrıcalıklar ile daha fazla hak ve egemenliğe sahip olduklarına inanırlar ve kadınların beşikten mezara dek kendilerine hizmet etmeleri gerektiği sonucuna varmaktadırlar. Bu duruma karşı gelindiğinde ise sonuç çeşitli şiddet türleri olarak ortaya çıkabilmektedir. Bunun yansısı pek çok kadın bütün anlatılan süreçlerde kendilerinin ikincil konumlarını içselleştirmekte ve bunu normal karşılamaktadır.

Toplumsal cinsiyet düzeni içerisinde kadınlık ve erkekliğe dair özellikler kesin sınırlarla ayrıştırıldığından, kadınlık özelliklerini kendilerinde barındırmama da erkekler için

bir diğerk ispat konusu olmaktadır (91). Sonuç olarak, toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesinde kadınlar gibi erkekler de dikkate alınmalı ve toplumsal cinsiyet eşitliği erkekleri de içermelidir. Mevcut toplumsal cinsiyet düzeni içerisinde erkeklerin de toplumsal cinsiyet temelli yargılara sahip olduklarının farkına varılması, toplumsal cinsiyet olgusunun kadınlar gibi erkekler üzerinde de olumsuz sonuçları olduğunu göstermiştir (91-95). Toplumsal cinsiyet düzeninin kadın ve erkekler üzerindeki olumsuz sonuçları Şekil 1 ve 2’de verilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitliğine erkeklerin katılımı sağlanırken “kadınların alanları” mutlaka korunmalıdır. Şekil 1’de de görüleceği üzere toplumsal cinsiyet eşitsizliği esas olarak kadınları dezavantajlı konuma ittiğinden, erkek katılımı, kadın odaklı toplumsal cinsiyet programlarının varlığını tehdit etmemeli veya ortadan kaldırmamalıdır. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması için gerekli koşullardan biri erkeklerin katılımıysa bir diğerkinin de kadınların güçlenmesi olduğu unutulmamalıdır (93-95). Toplumsal cinsiyet çalışmalarında erkek katılımının sağlanması sürecinde asıl olarak toplumsal cinsiyet ilişkilerine odaklanılması önemlidir.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin olumsuz etkilerinin asıl olarak kadınlar tarafından yaşanması ve temelde kadınlar tarafından dile getirilmesi nedeni ile toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin erkekler üzerindeki olumsuz etkileri üzerinde uzun süre durulmamıştır (Şekil 2). Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin erkekler üzerindeki olumsuz etkileri ele alındığında, bu olumsuz etkilerin temelinde toplumun “erkekliğe” dair geliştirdiği katı beklentilerin yer aldığı görülmektedir (91-93). Toplum kadınlar için olduğu gibi erkekler için de uygun görülen kalıpları oluşturmakta ve erkeklerin buna uygun rol ve davranışları sergilemelerini beklemektedir. Toplumsallaşma süreci içerisinde erkekler toplum tarafından kabul görebilmek için bu rol ve davranışları benimsemekte ve bunlara uymaya çalışmaktadır (89, 91-95). Erkekler kadınlar ve diğerk erkekler üzerinde iktidarı ellerinde bulundursalar da aslında kişisel düzeyde güçsüzlüğü yaşamaktadırlar ve erkekler yaşamları boyunca pek çok şeyi başarmaya zorlanmaktadır. Kendilerinden beklenenleri yerine getiren erkeklerin ise her zaman aynı güç ve iktidarı korumak için yoğun stres altına girdikleri ve bu ağır yükü kimseyle paylaşamadıkları gerçeği bilinmektedir (89-92). Birçok toplumda erkekler fiziksel olarak güçlü, cinsel açıdan yeterli, risk almaktan kaçınmayan, karar verici ve eşleriyle çocuklarının geçiminden sorumlu kişiler olarak kabul edilmektedirler. Bu özellikler baskın ya da hegemonik erkeklik olarak adlandırılmakta olup, geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinden oluşan bu ideal durumu oluşturarak ve muhafaza ederek erkekliklerini ispat etmek her erkek için her zaman mümkün olamamaktadır (89-91). Birçok erkek için hegemonik erkeklik durumuyla kendi yaşamlarında edindikleri erkeklik arasında önemli farklılıklar vardır.

Nitekim hiçbir erkeğin tüm yaşamı boyunca baskın erkeklik özelliklerinin tümünü kendinde barındırması mümkün olmamaktadır.

Araştırmalar, egemen erkek karakteriyle uyumlu özellikler olan güç peşinde koşma, iktidarı elinde bulundurma, duygularını bastırma, rekabetçi olma, şefkatli olmama, sert olma, kural koyma, yönetme, aile reisliği gibi özelliklere sahip olma ve bu özellikleri sürekli biçimde kendinde barındırma çabasının erkeklerin beklenen yaşam sürelerinin kısa olmasına yol açtığını göstermektedir (89-91). Erkeklerin beklenen yaşam süreleri, kadınların üreme sağlığıyla ilgili kendilerine özgü yaşamsal riskleri olmasına rağmen, dünya genelinde kadınlardan daha kısadır (37-41, 89).

Dünya çapında gerçekleştirilen çalışmalar ile toplumsal cinsiyet eşitliğine ulaşmak için büyük çabalar harcanmasına rağmen hala “kadın” aile yaşamında ve toplum içerisinde ayrımcılığa maruz kalabilmektedir. Kültür, içerisinde yaşanılan toplum gibi birçok sosyal faktörün yol açtığı bu ayrımcılık sağlık alanında da kendini göstermekte, kronik hastalıklar söz konusu olduğunda toplumsal cinsiyetin tedavi sürecine etkisi önem taşımaktadır. (13, 30, 32, 38-41, 55).

Toplum tarafından atfedilen roller kadını olduğu gibi erkeği de olumsuz etkilemektedir (Şekil 2). Sağlık sosyal, ruhsal ve fiziksel bir iyilik hali olarak tanımlandığından farklı açılardan baskı oluşturan bu rollerin hem kadın hem de erkeğin sağlığını olumsuz yönde etkilediği söylenebilmektedir.

Şekil 1: Toplumsal Cinsiyetin Kadınlar Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Yaşam ve Duygusal Alan

- Doğumda Nüfus Kağıdı çıkarılmaması
- Okula gönderilmemesi
- Aile içerisinde eşit davranılmaması
- Toplumsal statü eşitliğinin olmaması
- Küçük yaşta evlenmeye zorlanması
- Ev dışında çalışmalarına izin verilmemesi
- Ailede kararlara katılmalarına izin verilmemesi
- Toplumsal sorumluluklar almalarının desteklenmemesi
- Toplumsal baskılar
- Bekaret varlığının sorgulanması
- Duygularını ifade etmelerine izin verilmemesi
- İkinci sınıf muamele yapılması
- Bazı mesleklerin yapılamayacağı hükümleri
- Üst düzey yönetimde temsiliyetin azlığı
- Çalışma eşitliğinin olmaması
- Karar verme özgürlüğünün olmaması
- Eşit işe eşit ücret ödenmemesi
- Şiddet
 - Fiziksel
 - Psikolojik
 - Cinsel
 - Ekonomik

Sağlık Alanı

- Kız bebek gebeliğinin istenmemesi
- İsteyerek düşükler
- Genital Mütilasyon
- Yeterli beslenmeme sonucu malnutrisyon
- Enfeksiyon olasılığı
- Sağlık hizmetlerine ulaşımında ihmal
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
- Şiddet nedeni ile psikolojik hasarlar
- Şiddet nedeni ile fiziksel hasarlar
- İstenmeyen gebelikler
- Tehlikeli düşük girişimleri
- Para karşılığı sekse zorlanmak
- Çocuk doğurma kararında hak tanınmaması
- Erken tanı ve erken tedavi de kısıtlılık
- Doğum kontrolüne kadının zorlanması

Şekil 2: Toplumsal Cinsiyetin Erkekler Üzerindeki Olumsuz Etkileri



Kronik Böbrek Hastalığını etkileyen sosyo-kültürel etkenler incelendiğinde, ayrımcılık nedeni ile ortaya çıkan nedenlerin kronik böbrek hastalığının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynadığı söylenebilmektedir. Tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi kronik böbrek hastalığından korunma konusunda da eğitim ve iletişim becerileri çok büyük önem taşımaktadır. Cinsiyeti nedeni ile okutulmayan ya da temel eğitimini bile tamamlamadan okuldan alınan kız çocukları, kendi kurdukları ailelerde de yeterli bilgiye sahip olmadıkları için yeterli hijyen koşullarını sağlayamamakta, dolayısı ile çocuklarını da sağlık sorunlarından koruyamamaktadır. Kronik böbrek hastalığına yol açan genetik faktörler dışında kalan önlenabilir sebepler incelendiğinde, ayrımcılık nedeni ile doğan yaşam kalitesi farkının önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Günümüzde en önemli halk sağlığı problemlerinden

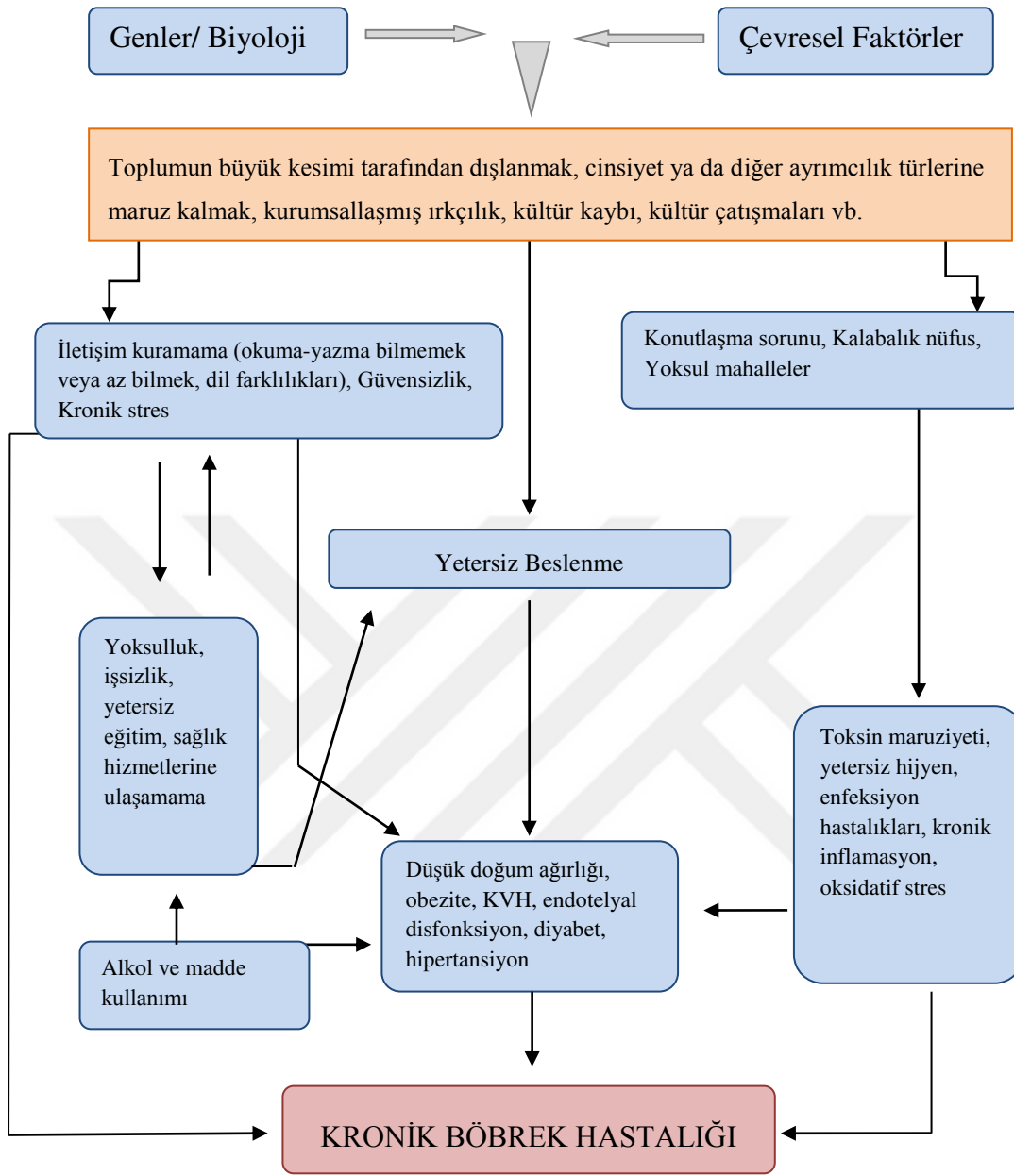
biri olarak belirtilen kronik böbrek hastalığında koruyucu hekimlik çalışmalarının içerisinde toplumsal cinsiyet ayrımcılığı da önemli bir yer tutmalıdır.

Şekil 3'de görüldüğü gibi “Kronik Böbrek Hastalığının” oluşumunda ya da meydana geldikten sonra hizmete ulaşım, erken tanı ve erken tedavi, gerekenlerin tam olarak yapılması gibi faktörlerin çoğu “gender ayrımcılığının” ciddi boyutlarda etkileyebileceği durumlardır. Yani sosyokültürel faktörlerin de büyük rol oynadığı kronik böbrek hastalığında kadın ve erkek arasında hem hastalığın gelişimi hem de tedavi sürecinde, sonucunda farklılıklar olması beklenebilen durumlardır. Bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde kadında hastalığın prognozu erkeğe göre daha yavaş ilerlemektedir (17, 23, 96-98). Genelde kadınların beklenen yaşam süresinin erkeklere göre daha uzun olduğu bilinmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresinin daha fazla olması, doğuştan gelen biyolojik potansiyellerinin yanı sıra kısmen menopoza öncesi dönemde kardiyovasküler hastalık risklerinin kadınlarda daha az görülmesi ile açıklanabilmektedir (23, 96, 97). Kronik böbrek yetmezliğinde erkeğin kadına göre daha hızlı bir süreç içerisinde böbrek fonksiyonlarını kaybediyor olması, diyaliz tedavisine başlangıç aşamasında bazı değerlerin daha yüksek çıkması klinisyenler tarafından kesin bir açıklama olmasa da genelde toplumsal cinsiyet faktörü ile ilişkilendirilmektedir. Diyaliz tedavisine başlandığı zaman kadın, ciddi bir sağlık sorununun varlığı ve uygulamalardaki farklılıklar nedeni ile beklenen yaşam süresindeki avantajını kaybetmektedir (23, 97-99).

Diyaliz tedavisi gören erkek ve kadınlarda uyum davranışlarında farklılık görülmekte ve bu fark da yaşam süresinin uzamasında/kısalmasında rol oynamaktadır (16, 21, 23, 25-28). Bu farkları hastalığı kabullenme, tedaviye uyum ve yaşam kısıtları oluşturmaktadır. Özellikle kadınların baş etme konusundaki beklenti ve yaklaşımları erkeklerden farklılık göstermektedir. Kadınlar erkeklere göre daha çok duygusal ve sosyal destek ihtiyacı duymaktadırlar (22, 23, 26, 28).

Ataerkil yaklaşımlar ile yetiştirilen kadınların KBY gibi kronik ve ölümcül bir hastalık ile uğraşırken, toplumsal cinsiyet kültürü tarafından kadının rolü olarak belirlenmiş olan yemek yapma, ev işleri ve çocuk bakımı gibi kendilerinde beklenen görevleri yapmaları beklenmektedir. Ağır ve kronik bir hastalık ile uğraşan kadın bu görevlerini yerine getirmekte zorlanmakta, çoğu zaman bu nedenle ailesi tarafından suçlanmakta ve hatta hırpalanmaktadır. Benzer bir hastalık durumunda ise erkeklerin bir kadının yardımına ve bakımına ihtiyacı olduğu düşünülmektedir ve çoğu zaman bu sağlanmaktadır.

Şekil 3: Kronik Böbrek Hastalığını Etkileyen Sosyokültürel Bileşenler



Kaynak: Knowledge, Attitudes, Behaviors, and Beliefs about Chronic Kidney Disease in Indiana's Minority Communities: A Community-Based Survey; P. T. Ryder, K. Coy, A. Ohmit, C. Saha. 2013 makalesinde yer alan şekil ekleme yapılarak uygulanmıştır.

Kadınlar kendilerinden beklenen gebe kalma ve çocuk doğurma fonksiyonlarını çoğu kez hastalıkları yüzünden yerine getiremedikleri için psikolojik ve sosyolojik olarak ağır strese maruz kalmaktadır. Ailesi ve eşi tarafından hastalığı nedeni ile erkek tarafından beklenen ihtiyaçları sağlayamadığı için suçlanan kadın psikolojik baskı altında kalmaktadır ve yaşam kalitesinde ileri derecede bozulma meydana gelmektedir. Gender faktörü bağlamında

yukarıda sözü edilen bütün durumların mevcut durumu, etki derecesi vb. mevcut ilgili literatürde az incelenmiş konular olup bilimsel araştırmalarla çeşitli yönleri ile ortaya konulması gerekmektedir.



III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda tedavi süreciyle ilişkili faktörlerin yaşam kalitesi ile ilişkisi toplumsal cinsiyet bakışı ile değerlendirilmiştir. Bu araştırma sürecinde 5 basamak bulunmaktadır.

1. Araştırma sorularının belirlenmesi
2. Veri toplama aracının (soru formunun) oluşturulması
3. Oluşturulan soru formunun ön denemesinin yapılması
4. Veri toplanması
5. Verilerin analizi, yorumlanması ve rapor haline getirilmesi

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini hemodiyaliz merkezinde tedavi görmekte olan 18 yaş ve üzerindeki hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmemiş, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastaların tümü (Ankara’da 159, İstanbul’da 121, Adana’da 331 olmak üzere toplam 611 hasta) alınmıştır. Ön uygulama ve pilot çalışmadaki hastalar araştırma evrenine dahil edilmemiştir (Tablo 3.1- 3.3).

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- a. 18 yaş ve üzeri olmak
- b. Okuryazar olmak
- c. Türkçe iletişim kurabilmek
- d. Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı konmuş olmak
- e. En az 6 aydır hemodiyaliz programını sürdürüyor olmak

Araştırmada dışlanma kriterleri:

- a. 18 yaşın altında olmak
- b. Psikiyatrik hastalık tedavisi görmek
- c. Bilinci kapalı olmak
- d. Türkçe iletişim kuramamak

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Merkezlerinde yürütülmüştür. Bu merkezlerin özellikleri aşağıda verilmiştir.

1. Ankara Hemodiyaliz Merkezi

1982 yılı Mart ayında hizmete giren Ankara Hemodiyaliz Merkezi, 4 Nefrolog, 3 Yan Dal Uzmanı, 1 Genel Pratisyen, 36 Hemşire ile haftada 6 gün, 3 vardiya şeklinde 24 saat, 65 makine ile hizmet vermektedir. Günlük poliklinik hasta sayısı 60 olan merkezde hemodiyaliz tedavisi alan 200 kayıtlı Son Dönem Böbrek Yetmezliği hastası mevcuttur. Tablo 3.1'de Ankara Hemodiyaliz Merkezi'ndeki toplam hasta sayısı ile bu merkezden araştırmaya dâhil edilen ve araştırma dışı kalan hastaların cinsiyete göre dağılımı, yaş ortalamaları ve yaş aralıkları verilmiştir.

Tablo 3.1. Ankara Hemodiyaliz Merkezindeki Toplam Araştırmaya Dâhil Edilen ve Araştırma Dışı Kalan Hasta Sayılarının Dağılımı (2014).

ANKARA HEMODİYALİZ MERKEZİ	N (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)	$\bar{x}$ +SS	En küçük En büyük yaş
Toplam Hasta	200 (100)	98 (49)	102 (51)	52±17	19-84
Araştırma Kriterlerini Sağlayan	184 (92)	90 (49)	94 (51)	50±18	19-81
Ön Uygulama veya Pilot Çalışmada Yer Alan	25 (14)	13 (52)	12 (48)	47±16	22-57
Ankete cevap veren	108 (59)	54 (50)	54 (50)	52±13	19-81
Ankete cevap vermeyen	51 (28)	23 (45)	28 (55)	49±12	25-67

2. İstanbul Hemodiyaliz Merkezi

1986 yılı Şubat ayında hizmete giren İstanbul Hemodiyaliz Merkezi, 2 Nefrolog, 2 Yan Dal Uzmanı, 2 Genel Pratisyen, 16 Hemşire ile haftada 6 gün, 3 vardiya şeklinde 24 saat, 42 makine ile hizmet vermektedir. Günlük poliklinik hasta sayısı 30 olan merkezde hemodiyaliz tedavisi alan 150 kayıtlı Son Dönem Böbrek Yetmezliği hastası mevcuttur. Tablo 3.2'de İstanbul Hemodiyaliz Merkezi'ndeki toplam hasta sayısı ile bu merkezden araştırmaya dâhil edilen ve araştırma dışı kalan hastaların cinsiyete dağılımı, yaş ortalamaları ve yaş aralıkları verilmiştir.

Tablo 3.2. İstanbul Hemodiyaliz Merkezindeki Toplam Araştırmaya Dâhil Edilen ve Araştırma Dışı Kalan Hasta Sayılarının Dağılımı (2014).

İSTANBUL HEMODİYALİZ MERKEZİ	N (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)	$\bar{x}$+SS	En Küçük-En Büyük Yaş
Toplam Hasta	150(100)	85 (56)	65 (43)	58±19	20-85
Araştırma Kriterlerini Sağlayan	141 (94)	78 (55)	63 (48)	61±12	22-85
Ön Uygulama veya Pilot Çalışmada Yer Alan	20(14)	14 (70)	6 (30)	56±11	22-68
Ankete cevap veren	105(75)	53 (51)	52 (50)	63±12	31-85
Ankete cevap vermeyen	16(11)	11 (69)	5 (31)	60±14	30-80

3. Adana Hemodiyaliz Merkezi

1998 yılı Haziran ayında hizmete giren Adana Hemodiyaliz Merkezi 5 Nefrolog, 2 Yan Dal Uzmanı, 2 Genel Pratisyen, 34 Hemşire ile haftada 6 gün, 3 vardiya ile 24 saat 90 makine ile hizmet vermektedir. Günlük Poliklinik hasta sayısı 100 olan merkezde hemodiyaliz tedavisi alan 400 kayıtlı Son Dönem Böbrek Yetmezliği hastası mevcuttur. Tablo 3.3'de İstanbul Hemodiyaliz Merkezi'ndeki toplam hasta sayısı ile bu merkezden araştırmaya dâhil edilen ve araştırma dışı kalan hastaların cinsiyete dağılımı, yaş ortalamaları ve yaş aralıkları verilmiştir.

Tablo 3.3. Adana Hemodiyaliz Merkezindeki Toplam Araştırmaya Dâhil Edilen ve Araştırma Dışı Kalan Hasta Sayılarının Dağılımı (2014).

ADANA HEMODİYALİZ MERKEZİ	N (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)	$\bar{x}$+SS	En Küçük-En Büyük Yaş
Toplam hasta	400 (100)	140 (35)	260 (65)	50±18	19-85
Araştırma Kriterlerini Sağlayan	356 (89)	130 (37)	226 (64)	52±19	19-85
Ön uygulama veya pilot çalışmada yer alan	25 (7)	9 (36)	16 (64)	55±10	28-80
Ankete cevap veren	165 (46,3)	83 (50)	82 (50)	49±18	19-83
Ankete cevap vermeyen	166 (47)	38 (23)	128 (77)	53±17	32-75

3.4. Araştırmada Kullanılacak Anketin Hazırlanması, Veri Toplama ve Veri Analizi

3.4.1. Araştırma Sorularının Belirlenmesi

Literatür taraması sonucunda araştırmanın amacına göre veri toplamak için kullanılmak üzere anket hazırlanmıştır. Bu hazırlık aşamasında literatürde farklı şekillerde önerilen anket geliştirme sürecinden Anderson'ın (1990)* belirlediği süreç kullanılmıştır. Anderson'ın belirlediği süreç örnek alınarak anketi oluşturmak ve geliştirmek için toplam 6 basamaklı sistem kullanılmıştır.

Anket Oluşturma ve Geliştirme Süreci

1. Aşama: Genel araştırma sorularının belirlenmesi
2. Aşama: Alt soruların listelenmesi
3. Aşama: Maddelerin tasarlanması
4. Aşama: Maddelerin sıralanması
5. Aşama: Anketin düzenlenmesi
6. Aşama: Anketin ön uygulamasının yapılması

Anket oluşturma sürecinde ne tür bilginin nereden ve kimden toplanacağı, toplanan bilgilerin nasıl kullanılacağı, çalışmada gerekli alt problemlerin belirlenmesi, ankette kullanılacak soruların yapılandırılmış veya yapılandırılmamış olarak kullanılması, literatürde benzer çalışmalarda hangi anketlerin/ölçeklerin kullanıldığının saptanması, uygulanacak anketin uzunluğunun belirlenmesi, katılımcı tarafından anlaşılır ve kolay cevaplanabilir olması dikkate alınmıştır.

Anket oluşturma sürecinde oluşturulan “ Taslak Anket Formu” ile ilgili Halk Sağlığı, Epidemiyoloji ve Nefroloji uzmanlarının görüşü alınarak son şekli verilmiş ve ön uygulama yapılmıştır. Uzman görüşü ve ön uygulama sonrasında en son halini alan Anket Formu, rıza formunun olduğu kapak yazısının da eklenmesi ile araştırmada kullanılacak şeklini almıştır.

*Anderson, G. (1990). Fundamentals of educational research. Bristol: The Falmer Press

Literatür çalışması ve anket geliştirme süreci sonunda araştırmada kullanılmaya karar verilen anket soruları 3 ana başlık altında toplanmıştır.

i. Demografik Özellikler ve Toplumsal Cinsiyet Roller: Katılımcıların demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, vb.) betimlemeye yönelik sorular ile çalışmanın ana fikrini oluşturan katılımcının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik inanç ve kanı önermelerinden oluşmaktadır.

ii. Hastalık Süreci ve Psikososyal Durum: Katılımcıların hastalık tanısını aldığı tarihten itibaren diğer insanlar ile ilişkilerinin, çalışma ve özel hayatının nasıl etkilendiği ile hastalığın getirdiği kısıtlılıkların yaşam şeklini nasıl değiştirdiğine yönelik sınıflama ile ilişkili sorular yer almaktadır.

iii. SF-36: Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36 (SF-36), Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilerek kullanıma sunulmuştur (78). Kısa, kolay uygulanabilir ve çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması amaçlanan ölçeğin geliştirilmesi için 1990 yılında başlayan çalışmalarda ölçek ilk olarak 149 maddeden oluşturulmuştur. Yirmi iki bin kişiyi aşan bir katılımcı sayısı ile yapılan çalışma sonunda faktör analizi ile ilk olarak 20 maddeden oluşan SF-20 hazırlanmış ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamın artırılması amacı ile ölçekte kullanılan madde sayısı 36'ya çıkarılarak en son şekli olan SF-36 oluşturulmuştur (78, 79).

SF-36'nın araştırmalarda tercih edilmesini belirleyen en önemli 3 özelliği (78, 79);

- a. Kendini değerlendirme ölçeği olarak kullanılması
- b. Beş dakika gibi kısa bir süre içinde doldurabilmesi
- c. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi

Toplam 36 maddeden oluşan ölçek 8 boyutun değerlendirilebilmesini sağlamaktadır (100).

1. Boyut- Fiziksel Fonksiyon: Ölçekte katılımcının fiziksel fonksiyonlarının değerlendirilebilmesi için 10 maddeye yer verilmiştir.

2. Boyut-Sosyal Fonksiyon: Ölçekte katılımcının sosyal fonksiyonlarının değerlendirilebilmesi için 2 maddeye yer verilmiştir.

3. Boyut- Fiziksel Fonksiyonlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları: Ölçekte katılımcının fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıklarının değerlendirilebilmesi için 4 maddeye yer verilmiştir.

4. Boyut-Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları: Ölçekte katılımcının emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıklarının değerlendirilebilmesi için 3 maddeye yer verilmiştir.

5. Boyut- Mental Sağlık: Ölçekte katılımcının mental sağlığının değerlendirilebilmesi için 5 maddeye yer verilmiştir.

6. Boyut-Enerji/Vitalite: Ölçekte katılımcının enerjisi/vitalite'sinin değerlendirilebilmesi için 4 maddeye yer verilmiştir.

7. Boyut-Ağrı: Ölçekte katılımcının tanısını aldığı hastalığın veya bir sağlık kuruluşu tarafından uygulanan tedavinin yol açtığı ağrı düzeyinin ve bunun yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilebilmesi için 2 maddeye yer verilmiştir.

8. Boyut-Sağlığın Genel Algılanması: Ölçekte katılımcının sağlık durumunu genel olarak nasıl algıladığının değerlendirilebilmesi için 5 maddeye yer verilmiştir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde, evet/hayır biçiminde yanıtlanan 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) değerlendirme yapılmaktadır (78). Ölçek değerlendirilirken tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan verilmektedir. Alt ölçekler sağlık durumunu 0 (kötü sağlık durumu)-100 (iyi sağlık durumu) arasında değerlendirmektedir.

Ölçekte yer alan tüm ifadeler son 4 hafta gözönüne alınarak değerlendirilir. Ayrıca yukarıdaki maddelerin dışında ölçekte son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde ("Bir yıl öncesi ilekarşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınıza genel olarak nasıl buluyorsunuz") bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde bu madde dikkate alınmaz.

SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı

durumunu gösterecektir. Ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de global olarak yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Pınar tarafından 1995 yılında kalp, hemodiyaliz ve diyabeti içeren 180 hastadageçerlilik ve güvenilirliği yapılan SF-36, ilerleyen yıllarda böbrek hastalıkları da dahil olmak üzere birçok kronik hastalık araştırmasında kullanılmıştır. Pınar'ın çalışmasında SF-36'nın test-tekrar test değeri 0,94, iç tutarlılıkta Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur (76).

Nefroloji Bilim Dalı tarafından sıkça kullanılan SF-36, hem Nefroloji kliniklerinde çalışan sağlık personeli, hem de tedavi gören hastalar tarafından nasıl uygulanacağı bilinen bir ölçektir. Ölçeğin sıkça kullanılması sonucu sağlık ekibi ve hastalar tarafından nasıl kullanılacağına bilinmesi, çalışma sırasında veri toplamayı kolaylaştıracak bir unsur olmuştur.

3.4.2. Araştırmada Kullanılacak Anketin Ön Uygulaması

Literatür çalışması ve anket geliştirme süreci sonunda düzenlenen anket ile SF-36'nın ön uygulaması Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'na bağlı olarak çalışan İstanbul Diyaliz Merkezi'nde yapılmıştır. Hemodiyaliz tedavisi gören 20 hasta üzerinde yapılmış olan ön uygulamada amaç, anketin anlaşılabilirliği, soru sayısının çokluğu ve araştırmada ihtiyaç duyulabilecek diğer soruların belirlenmesi ile soruların cevap şıklarının düzenlenmesi olmuştur. Ön uygulamanın yapıldığı 20 hasta araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.4.3. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada veri toplamada araç olarak katılımcılara yüz yüze uygulanacak anket formu ile sonrasında kendi kendilerine dolduracakları SF-36 formu kullanılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı'na bağlı Ankara, İstanbul ve Adana Diyaliz Merkezleri'nde görevli sağlık personeli ile çalışma hakkında bilgilendirme ve hazırlık toplantıları düzenlenmiş; çalışmanın amacı, anket ve anketin nasıl kullanılacağı ile ilgili bilgilerin yer aldığı toplantı sonrasında, araştırmacı ile birlikte araştırmada yer alacak isimler belirlenmiştir. Araştırma evrenini oluşturan hasta popülasyonunun güven sorunları nedeni ile araştırmada anketlerin uygulanmasında tedavilerinde önemli bir yer tutan Nefroloji Yan Dal asistanlarının görev alması kararlaştırılmıştır.

Araştırmacı tarafından anketlerin uygulanması konusunda eğitim verilen Nefroloji Yan Dal asistanları, bu eğitim sonrasında anket uygulamasına başlamıştır. Yeni bir yüzü kabul etmekte zorlanan ve cevap vermeyen hemodiyaliz hastalarına daha kolay ulaşabilmek amacı ile anket uygulamaları sırasında merkezlerde anketi uygulayacak olan doktorun hasta ile yalnız olmasına karar verilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandığı için hemodiyaliz tedavisi gören KBY hastalarının güvendikleri isimler tarafından araştırmanın anlatılması ve anketlerin uygulanması katılımı kolaylaştırmıştır. Çalışmaya, anketleri uygulamak üzere her merkezden iki yan dal asistanı katılmıştır. Ankara, İstanbul ve Adana’da Nefroloji yan dal eğitimlerini alan Dâhiliye uzmanları araştırmanın amacı, anketler, anket uygulaması ile ilgili konularda, bulundukları merkezlerde, araştırmacı tarafından 3 ayrı gün 3’er saat bilgilendirilmişlerdir. Anket uygulaması ile ilgili standardizasyonun sağlanması amacı ile ön uygulama sırasında ilk üç hastanın görüşmesi araştırmacı ve anketi uygulayan yan dal asistanı ile birlikte yapılmıştır. Anket uygulamalarının denetimi araştırmacı tarafından her ayın birinci haftası 2 gün Ankara Hemodiyaliz Merkezi’nde, ikinci haftası 2 gün İstanbul Hemodiyaliz Merkezi’nde, üçüncü haftası 2 gün Adana Hemodiyaliz Merkezi’nde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı Ankara, İstanbul, Adana Diyaliz Merkezleri’nde hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek hastaları alınmıştır. Katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzerindeki hastalar rıza formunun başında yer alan çalışma ile ilgili özet sesli ve anlaşılır bir şekilde okunarak bilgilendirilmiştir. Çalışma hakkında bilgilendirildiğini ve gönüllü olarak katılmaya karar verdiğini gösteren hastalar rıza formunu imzalamıştır. Hastalar anket formunu uygulayıcıyla birlikte doldurmuşlardır. SF-36 formunu uygulama şartları nedeni ile kendi kendilerine doldurmuşlardır. Rıza formunu imzalamadan anket formunu dolduran katılımcı yoktur.

Her üç şehirden de araştırmaya katılmak istemeyen hastalar olmuştur. Araştırmaya katılmak istemeyen bu hastaların şehirlere göre dağılımı Tablo 3.1, Tablo 3.2 ve Tablo 3.3’te verilmiştir. Bu hastaların araştırmaya katılmama sebepleri şöyledir:

- Daha önce benzer nitelikteki anketleri defalarca doldurduğundan artık anket cevaplamaktan bıkmış olmak.

- Hemodiyaliz tedavisi sırasında çok halsiz olduğu ve sadece uyumak istediği için hiçbir yazıyı okumak istememek.
- Psikolojik olarak anketlerdeki sorulardan kötü yönde etkilenmek ve geleceğe yönelik umutlarını kaybetmek.
- Kimseyle konuşmak istememek.
- Anket doldurmanın kendisine hiçbir faydası olmayacağını düşünmek.

Anket uygulaması katılımcılara diyaliz seansları sırasında yapılmıştır. Anketi uygulayan doktorlar diyaliz seanslarının yapıldığı salonda farklı uçlardan uygulamaya başlamış, sorular okunurken diğer hastaların anket hakkında bilgi edinmemesi için yatak aralarındaki perde kapatılmış, hastaya yakın mesafede normal ses tonu ile konuşularak anket soruları yöneltilmiştir. Hastanın katıldığı bir sonraki diyaliz seansında hastaya SF-36 formu verilerek formu doldurulması istenmiştir. Araştırmaya katılan hastalar adına birer dosya açılarak hasta tarafından yanıtlanan belge ve anketler bu dosyaya konulmuştur. Cevaplarda tutarlılığı sağlamak amacı ile katılımcılara diyaliz seansı başladıktan 1 saat sonra anketlerin uygulanmasına başlanmıştır.

Araştırmaya katılmak için gönüllü olan hastaların doldurması gereken anket ve SF-36 formunun toplam soru sayısının 122 olması nedeni ile yaşanan sıkıntılar araştırma metodolojisinde veri toplama şeklinin araştırmanın başında değişmesine neden olmuştur. Hastalar anket formu ve SF-36 formunu iki ayrı seansta doldurulmuştur. Pilot çalışmada soru sayısı daha fazla olmasına rağmen bir sıkıntı yaşanmaması nedeniyle uygulamada da hem anket formu hem de SF-36 formunun aynı seansta doldurulması planlanmış ancak hastaların tepkileri nedeni ile anket formu ile SF-36 formunun iki ayrı seansta doldurulması uygun görülmüştür.

Haftada 3 gün gördükleri tedavi nedeni ile psikolojik olarak yıprandıklarını beyan eden hastaların tepkileri sonucunda araştırmada kullanılan anket ve SF-36 formu aynı hafta içinde farklı seanslarda uygulanmış, bu uygulama sonrasında hastalar hem anketi hem de SF-36 formunu sorunsuz bir şekilde doldurmuşlar, hatta doktorlarını bilgilendirici notlar da eklemişlerdir.

Hastaların bir kısmı anketlerin ayrı zamanlarda uygulanmasına rağmen, anketleri ya hiç doldurmamıştır ya da sorulara eksik cevaplar vermiştir. Eksik cevaplar içeren anketler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Uygulama farkı nedeni ile anket ve SF-36 formunun birlikte uygulandığı dönemde araştırmaya katılan 50 hasta (pilot çalışma) veri değerlendirmesine alınmamıştır.

Araştırmacı tarafından hasta dosyalarında bulunan bazı bilgiler (yaş, diyalize başlama tarihi, diyalize girme sıklığı, vb.) Başkent Üniversitesi'nin ilgili sağlık personeli tarafından kontrol edilerek doğrulanmıştır.

Hastalar tarafından verilen cevapların veri tabanına doğru girildiğini kontrol etmek amacı ile araştırmacı tarafından her 50 anket sonrasında frekans dağılımlarına bakılmıştır.

3.4.4. Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geliştirilen anketi oluşturan önermelerin puanlanması

Çalışmaya katılan hastaların toplumsal cinsiyete bakışlarını görebilmek için toplam oniki adet önerme anket formunda yer almıştır. Toplumsal cinsiyet rollerine bakışı gösteren her bir önermeye puan verilmiştir. Puanlama sistemi olarak her önermede en ayrımcı olan yanıt (2) puan, en eşitlikçi olan yanıt (0) puan verilmiştir. Bu önermeler ile ilgili fikrim yok cevabı verenlere ise (1) puan verilmiştir. Her önerme için puanlar yükseldikçe eşitlikçi görüşün arttığı kabul edilmiştir.

Bir hastanın tüm önermelere verdiği cevaplar ile alabileceği minimum toplam puan “0” maksimum toplam puan “24”dür. Toplam puan düştükçe toplumsal cinsiyet ayrımcılığı da artmakta, yükseldikçe azalmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların önermelere verdikleri yanıtlar toplam puan olarak da değerlendirilmiştir.

3.4.5. Araştırma Verilerinin Analizi

İstatistiksel analiz için SPSS 16.0 istatistik paketi kullanılmıştır (Statistical Package for Social Science, Chicago, IL). Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Sayısal değişkenler için değerler, ortalama $\pm$ SS (standart sapma) şeklinde verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk's testinden yararlanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırıldığı analizlerde ki-kare testi, sürekli değişkenler için “t” testi analizi uygulanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılıma sahip olmayan verilerin analizinde parametrik olmayan testlerden

Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Tüm verilerde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

3.5. Araştırma İzinleri ve Etik

Araştırmacı tarafından Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (çalışma onay no:KA12/236) ve tez çalışması için gerekli izinler alınmış; araştırmanın yürütüleceği merkezler olan Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Başkent Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Merkezi Başhekimliği, Başkent Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Merkezi Başhekimliği, Başkent Üniversitesi Adana Eğitim ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'ne resmi yazışmalar ile araştırma hakkında bilgi verilmiş; merkezlerde araştırmanın yürütülmesi için gerekli yerel izinler de alınmıştır.

Araştırma için maddi destek alınmamış, araştırma bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

Araştırma sırasında ve sonrasında katılımcılardan alınan bilgiler gizli tutulmuş, hiçbir şekilde kimlik bilgileri kullanılmamıştır. Araştırmanın gerçekleştiği merkezlerde araştırma ile ilgili öneri ve soruların iletilmesi için araştırmacının iletişim bilgileri merkezdeki araştırma yöneticisine verilmiştir.

Araştırmanın sonunda elde edilen bilgiler doğrultusunda yazılmış olan tez Başkent Üniversitesi yönetimine, Başkent Üniversitesi'nde araştırmanın yapıldığı Merkez yöneticilerine, YÖK ve Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü'ne sunulacaktır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Daha önceden farklı çalışmalar için anket dolduran, özellikle öğrenim düzeyi yüksek hastaların anketi doldurmayı ret etmesi: Bu durum çalışmada özellikle öğrenim düzeyi yüksek hastaların temsili kısıtlamıştır.
- Haftada 3 gün gördükleri tedavi nedeni ile psikolojik olarak yıprandıklarını beyan eden hastaların anket doldurmaya tepki göstermesi sonucu her iki anketin farklı zamanlarda cevaplandırılması: SF-36 anketini oluşturan sorular hastanın yaşı

kalitesini ölçmeye yönelik sorulardır. Cinsiyet ayrımcılığına yönelik oluşturulan anketteki sorular ise tamamen kişinin cinsiyete bakışını gösterecek sorular olup, yaşam kalitesini etkileyecek soru içermemektedir. Hastaların anketi uygulama şekli nedeni ile bu süreç içerisinde gerçekleştirebilen duygusal durumlarındaki değişimler yaşam kalitesindeki değerlendirmelerde farklılıklar doğurmuş olabilir. Hasta ilk anket formunun doldurduğunda anksiyetesi yokken SF-36 formunu doldurduğu sırada yaşanmış bir olay nedeni ile anksiyetik olabilir.



IV.BULGULAR

Araştırmaya Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'na bağlı olarak hizmet veren Ankara, İstanbul ve Adana Diyaliz Merkezlerinde kronik hemodiyaliz tedavisi gören hastalardan 378'i katılmıştır.

4.1. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

Hemodiyaliz hastalarının merkezlere ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Başkent Üniversitesi Hemodiyaliz Merkezlerinde Tedavi Gören ve Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

MERKEZLER	HEMODİYALİZ TEDAVİSİ GÖREN HASTA SAYISI	ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTA SAYISI	ARAŞTIRMAYA KATILMA YÜZDESİ
ANKARA	200	108	54
Kadın	98	54	55
Erkek	102	54	53
İSTANBUL	150	105	70
Kadın	87	53	61
Erkek	63	52	83
ADANA	400	165	41
Kadın	140	83	59
Erkek	260	82	32

Tablo 4.1'den de izlenebileceği üzere araştırmaya katılım en çok İstanbul merkezinden (%70) olmuştur. Bunu sırasıyla Ankara (%54) ve Adana (%42) izlemiştir. Adana'daki katılım Ankara ve İstanbul ile karşılaştırıldığında daha düşük olarak izlenmiş olup, bunun muhtemel sebepleri arasında hem kültürel hem de eğitim düzeylerinin etkisi olabileceği düşünülebilir. Çalışmaya katılan 378 hastanın kadın/erkek (190/188) oranı her üç ilde de benzerdir. Araştırma yapılan illere göre olan dağılım incelendiğinde her üç ilde de erkek ve kadın katılımcılarının dağılımının yarı yarıya olduğu görülmektedir. Çalışma kapsamındaki tüm hastaların ortalama yaşı 54 ± 17 (19-85 yaş) olarak hesaplanmıştır ve bu hastaların yaş ortalamalarının şehirlerle ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Bu tablodan da görüleceği üzere her ildeki kadın ve erkek katılımcıların yaş ortalamaları birbirine oldukça benzer niteliktedir. Yaş ortalamaları ve cinsiyet açısından erkek ve kadın katılımcılar arasında her üç ilde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Yaş Ortalamalarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

Cinsiyet	MERKEZLER		
	ANKARA(n=108) $\bar{x} \pm SS$	İSTANBUL(n=105) $\bar{x} \pm SS$	ADANA (n=165) $\bar{x} \pm SS$
Kadın	51,9±14,7	63,8±11,9	47,3±19,3
Erkek	52,8±12,4	62,7±12,4	51±17,2
$\bar{x} \pm SS$	52,3±13,6*	63,2±12,2**	49,2±18,3***

*p= 0,117 **p=0,073 ***p= 0,063

Başkent Üniversitesi Ankara, İstanbul ve Adana diyaliz merkezlerinden araştırmaya katılan hastaların sağlık güvencelerinin tamamını Sosyal Güvenlik Kurumu sağlamaktadır. Ankara'dan katılanların %27,8'si, İstanbul'dan katılanların %11,4'ü ve Adana'dan katılanları %26,1'i halen bir iş yerinde ücretli çalışmaktadır. Ankara'daki hastaların %37'si, İstanbul'daki hastaların %56'sı ve Adana'daki hastaların %51'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Emekli olmuş hastaların dağılımı ise Ankara, İstanbul ve Adana için sırasıyla %25, %30 ve %30'dur. Bunlara ek olarak daha önceden istihdam edilmiş ancak sonra iş akitleri sonlandırılmış olan hastaların yüzdeleri Ankara, İstanbul ve Adana için sırasıyla %10, %3 ve %17'dir.

Hastaların araştırma illerine ve cinsiyete göre eğitim düzeyleri ve medeni durumları ile ilgili dağılımlar Tablo 4.3 ve Tablo 4.4'te verilmiştir. Tüm hastaların yarısından çoğu okuryazar veya ilkokul mezunudur. Bunu ikinci sırada ortaokul-lise mezuniyeti izlerken, üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip hasta sayısı diğerleri ile kıyaslandığında belirgin olarak azdır. Kadınların eğitim düzeyleri erkeklere göre daha düşüktür (p<0.001) (Tablo 4.3). Okuryazar ve ilkokul mezunu grubun %60'ını kadınlar oluştururken, %40'ını erkekler meydana getirmektedir. Ortaokul mezunu hastaların %73'ünü erkekler oluşturmaktadır. Lise mezunu olan hastaların arasında cinsiyet bakımından farklılık (%40 kadın, %60 erkek) izlenmemiştir. Üniversite mezunu ve yüksek lisans yapanların arasında da cinsiyet açısından farklılıklar yoktur.

Araştırmanın yapıldığı iller arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001). Ankara'nın (%32) üniversite ve lisansüstü eğitim açısından en yüksek değerlere sahip il olduğu görülmüştür. Ankara'yı sırasıyla İstanbul (%16) ve Adana (%3) izlemiştir. Adana'dan katılan hastalar ise tam tersi en düşük eğitim düzeyine sahiptir. Okuryazar/ilkokul mezunu Adana'da %76, Ankara'da %30 ve İstanbul'da %45 olarak bulunmuştur. Bununla paralel şekilde ortaokul-lise eğitim düzeyi de Ankara (%39) ve İstanbul'a (%39) kıyasla en düşük Adana'da (%21) bulunmuştur. İller bazında kadın ve erkek arasındaki eğitim düzeyi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete ve İllere Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

MERKEZ	CİNSİYET	Okur-yazar/ İlkokul %*	Ortaokul %*	Lise %*	Üniversite‡ %*	p Değeri
ANKARA (n=108)	Kadın (n=54)	38,9	1,9	27,8	31,4	0,023
	Erkek (n=54)	20,4	16,6	31,5	31,5	
İSTANBUL (n=2015)	Kadın (n=53)	66,0	9,4	17,0	7,6	<0.001
	Erkek (n=52)	23,1	23,1	28,8	25,0	
ADANA (n=165)	Kadın (n=83)	80,7	7,2	7,3	4,8	0,168
	Erkek (n=82)	70,7	13,4	14,7	1,2	
TOPLAM (n=378)	Kadın (n=190)	64,7	6,3	15,8	13,2	<0.001
	Erkek (n=188)	43,1	17,0	23,4	16,5	

*sattır yüzdesi

‡Üniversite Mezunları içerisinde sayı çok az olduğu için Yüksek Lisans ve Doktora de eklenmiştir.
(Ankara: 10 YL, 3 Doktora, İstanbul: 2 YL, Adana: 2 YL)

Araştırmaya katılan kadınların %64,7'si okuryazar/ilkokul mezunudur (p<0.05). Genel sonuçlara paralel şekilde kadınların eğitim düzeyinin Adana'dan katılanlarda daha düşük olduğu izlenmiştir. Adana'da %61,3 olan okuryazar/ilkokul mezunu hastanın %80,7'sini kadınlar oluşturmaktadır.

En yüksek eğitim seviyesi Ankara İlinde izlenirken ikinci sırada İstanbul, üçüncü sırada Adana vardır. Kadın hastalar, erkekler ile karşılaştırıldığında, kadınların eğitim seviyesinin erkeklere göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete ve İllere Göre Medeni Durumlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

Medeni Durum	ANKARA		İSTANBUL		ADANA		Toplam	
	Kadın n=54 (%)	Erkek n=54 (%)	Kadın n=53 (%)	Erkek n=52 (%)	Kadın n= 83 (%)	Erkek n=82 (%)	Kadın n= 190 (%)	Erkek n= 188 (%)
Evli	40,7	59,3 *	50,9	84,6**	66,3	73,2 ***	54,7	72,3†
Bekâr	20,4	16,7	7,5	9,6	22,9	20,7	17,9	16,5
Boşanmış ‡	20,4	13,0	3,8	-	2,4	2,4	7,9	4,8
Eşi ölmüş	18,5	11,0	37,8	5,8	8,4	3,7	19,5	6,4

‡Sadece Ankara'da eşinden ayrı yaşadığını belirten az sayıdaki hasta sayısı boşanmış olarak gösterilmiştir

*p=0,059 **p= 0,000 ***p=0,196 †p=0,000

Hastaların medeni durumlarına göre toplam 378 hastanın 240'ı (%63,5) evli, 65'i (%17,2) bekâr ve 73'ü(%19,3) boşanmış, eşi ölmüş veya ayrı yaşıyor olarak saptanmıştır. Araştırma yapılan iller cinsiyet bazında ele alındığında medeni durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0.001). Toplamda kadın hastaların %54,7'si, erkeklerin %72,3'ü evlidir.

Bekar kadın ve erkek sayısı birbirine yakınken; eşi ölmüş kadın sayısı erkeklerden daha fazladır. İller bazında sadece İstanbul ilinde anlamlı farklılık izlenmiştir. İstanbul'da evli kadın yüzdesi %50,9, evli erkek yüzdesi %84,6'dır.

Araştırmada son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile hemodiyaliz tedavisi alan hastalara şikâyetleri başladığı zaman doktora gidip gitmedikleri ile ilgili soru yöneltilmiştir. Hastaların verdikleri cevapların il ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 4.5'de gösterilmiştir. Araştırmanın yapıldığı illerde hastalık ile ilgili **“şikâyetler başlar başlamaz doktora gitme”** önermesinde kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en önemli göstergelerinden biri olan sağlık hizmetlerinden zamanında yararlanamama, araştırma sonuçlarında da açık bir şekilde görülmüştür. Erkeklerin %94,1'i şikâyetleri başlar başlamaz doktora gittiklerini belirtirken, kadın hastaların sadece %62,1'i şikâyetleri başlar başlamaz doktora gittiklerini bildirmiştir. Tablo 4.5'den de izleneceği üzere kadınların %37,9 doktora ancak şikâyetleri dayanılmaz olduğu zaman gittikleri izlenmektedir. Bununla birlikte **“şikâyetler başlar başlamaz doktora gitme”** sorusuna verilen cevaplar ile iller arasında istatistiksel olarak farklılıklar saptanmamıştır.

Tablo 4.5. Hastalık Tanısı Öncesinde Şikâyetler Başladığında Sağlık Personeline Gitme Zamanının Araştırma İllerinde ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

		Sağlık Personeline Gitme Zamanı				
		Hemen		Dayanılmaz Olunca		pDeğeri
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	118	62,1	72	37,9	<0.001
	Erkek	177	94,1	11	5,9	
İller	Ankara	81	75,0	27	25,0	0,910
	İstanbul	81	77,1	24	22,9	
	Adana	133	80,6	32	19,4	

Kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ilk evlilik yaşı, ilk canlı doğum yaşı, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve düşük sayısının dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir. Toplam 190 kadının 156'sı evlenmiş olup, 34 kadın hiç evlenmemiştir.

Tablo 4.6'dan da anlaşılabacağı üzere düşük sayısı dışında kalan; ilk evlilik yaşı, ilk canlı doğum yaşı, gebelik sayısı ve canlı doğum sayısında üç il arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar izlenmiştir. Araştırmaya Ankara, İstanbul ve Adana'dan katılan kadın hastaların “ilk evlilik yaşı”nın 12 ile 32 yaş arasında, “ilk canlı doğum yaşı”nın ise 14 ile 33 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadın hastaların gebelik sayısı özellikle Adana ilinde 12'ye kadar çıkmaktadır. 18 yaşın altında ilk gebeliğini yaşayan hasta sayısı tüm

doğum yapan kadınların %16,2'sini oluşturmaktadır. Adolesan grubu gebelikler bu çalışmada %12,5 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. Ankara, İstanbul ve Adana'dan Araştırmaya Katılan Kadınların İlk Evlilik Yaşı, İlk Canlı Doğum Yaşı, Gebelik Sayısı, Canlı Doğum Sayısı ve Düşük Sayısının Dağılımları (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

	Ankara	İstanbul	Adana	p Değeri
İlk evlilik yaşı	21,5±4,9	19,8±3,7	16,3±2,9	<0.001
İlk canlı doğum yaşı	23,1±5,6	21,2±3,7	17,5±1	<0.001
Gebelik sayısı	2,8±2,2	3,8±2,4	5,2±3	<0.001
Canlı doğum sayısı	2,4±1,6	2,9±1,4	4,9±2,9	<0.001
Düşük sayısı	1,1±1	0,8±1	1±0,9	0,98

Kadın hastaların öğrenim durumları ile ilk evlilik yaşı, ilk canlı doğum yaşı, gebelik sayısı ve canlı doğum sayılarının arasındaki ilişki Tablo 4.7'de verilmiştir. Tablodan da anlaşılabileceği üzere eğitim düzeyinin artması evlilik ve ilk doğum yaşını arttırmaktadır. Azalan eğitim düzeyi ile birlikte evlilik ve ilk doğum yaşı da anlamlı şekilde azalmaktadır. Gebelik ve doğum sayısının da azalan eğitim düzeyi ile birlikte ters orantılı şekilde arttığı dikkat çekmektedir.

Tablo 4.7. Kadın Hastaların Öğrenim Seviyelerine Göre İlk Evlilik Yaşı, İlk Canlı Doğum Yaşı, Gebelik Sayısı ve Canlı Doğum Sayısının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

Eğitim Düzeyi	İlk Evlilik Yaşı $\bar{x} \pm SS$	İlk Canlı Doğum Yaşı $\bar{x} \pm SS$	Gebelik Sayısı $\bar{x} \pm SS$	Canlı Doğum Sayısı $\bar{x} \pm SS$
Okuryazar/ilkokul	17±2,9	18,4±3,2	4,8±3,3	4,3±2,43
Ortaokul	18,1±3,6	18,9±4,4	2,6±1,7	2,43±1,4
Lise	23,8±4,9	24,1±2,8	1,9±2,4	1,8±1
Üniversite	25,7±3	28,2±3,2	1,47±1,4	1,4±0,7
p Değeri	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

4.2.Hemodiyaliz Hastalarının Toplumsal Rollere Bakış özellikleri

Hemodiyaliz hastalarının toplumsal rollere bakış açılarının sorgulandığı önermelerin sonuçları araştırma yapılan illere ve cinsiyetlere göre genel dağılımı Tablo 4.8 ve 4.9'da verilmiştir. Ayrıca her bir il bazında tek tek, cinsiyetlere göre toplumsal rollere bakış açıları ile ilgili veriler Ankara, İstanbul ve Adana için sırasıyla Tablo 4.10, 4.11 ve 4.12' de verilmiştir. Toplumsal cinsiyet rollerine bakış açısından araştırma yapılan illerdeki merkezler ayrı ayrı incelendiğinde, Ankara ve İstanbul merkezlerinde araştırmaya katılan hastaların

toplumsal cinsiyet rollerine verdikleri yanıtlar genellikle benzerlik taşırken, Adana merkezinden katılan hastaların verdikleri cevaplar diğer iki ile göre farklıdır.

Toplumsal cinsiyet rollerine bakışı saptamak için ankette kullanılan önermelere verilen yanıtlar tek tek incelendiğinde;

1. “Ailenin ekonomik durumu kötüyse çocuklardan erkek olanı okutulmalı” önermesi:

Bu önermeye verilen cevaplar açısından her üç il arasında istatistiksel farklılıklar vardır. Bu önermeye Ankara grubunun önemli bir kısmı (%60,2) katılmazken, Adana grubundaki hastaların büyük çoğunluğu (%67,3) katılmaktadır ($p<0.001$). İstanbul grubunda ise bu önermeyi kabul eden ve etmeyen hastaların sayısı birbirine yakın olup, araştırma yapılan diğer iller ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 4.8).

Bu önerme tüm hastalarda sadece cinsiyet bazında ele alındığında, kadın ve erkekler arasında görüş açısından istatistiksel olarak bir farklılık olmadığı izlenmiştir ($p=0.11$). Kadın (%47,9) ve erkek (%42,6) hastalar bu önermeyi birbirine çok yakın değerlerde kabul etmişlerdir (Tablo 4.9). Önerme her bir il bazında cinsiyet ile birlikte ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda Ankara dışında, araştırma yapılan diğer illerde bu önerme ile ilgili olarak erkek veya kadın bakış açısından istatistiksel olarak farklılık yoktur (Tablo 4.10, 4.11, 4.12). Ankara’da bu önermeye erkekler (%72), kadınlardan (%48) daha fazla sayıda “katılmıyorum” cevabı vermişlerdir ($p=0,004$).

Tablo 4.8. Araştırmaya Ankara, İstanbul ve Adana Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyet Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (2014)

Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlgili Önermeler		n	ANKARA	İSTANBUL	ADANA	p Değeri
			%*	%*	%*	
Ailenin ekonomik durumu kötüyse erkek olan çocuk okutulmalıdır	Katılıyorum	171	25,0	31,4	67,3	<0.001
	Fikrim Yok	39	14,8	12,4	6,1	
	Katılmıyorum	168	60,2	56,2	26,6	
Kadınlar siyasette erkekler kadar başarılı olabilir	Katılıyorum	208	63,0	74,3	37,6	<0.001
	Fikrim Yok	81	24,0	12,4	25,4	
	Katılmıyorum	89	13,0	13,3	37,0	
Ülke yönetiminde erkekler daha ön planda olmalıdır	Katılıyorum	188	22,2	34,3	77,6	<0.001
	Fikrim Yok	47	18,5	10,5	9,7	
	Katılmıyorum	143	59,3	55,2	12,7	
Bazı meslekler kadınlar bazı meslekler erkekler için uygundur	Katılıyorum	282	43,5	76,2	93,9	<0.001
	Fikrim Yok	36	23,2	3,8	4,3	
	Katılmıyorum	60	33,3	20,0	1,8	
Evlilik söz konusu olduğunda bekâret önemlidir	Katılıyorum	292	53,7	70,5	97,0	<0.001
	Fikrim Yok	26	13,9	10,5	-	
	Katılmıyorum	60	32,4	19,0	3,0	
Kadın çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır	Katılıyorum	242	35,2	57,1	87,3	<0.001
	Fikrim Yok	21	11,1	7,6	0,6	
	Katılmıyorum	115	53,7	35,3	12,1	
Bir kadın kocasından dayak yiyorsa bunu hak etmiştir	Katılıyorum	135	16,6	9,5	64,8	<0.001
	Fikrim Yok	35	13,0	6,7	8,5	
	Katılmıyorum	208	70,4	83,8	26,7	
Evde yemek pişirmek kadının görevidir	Katılıyorum	245	42,6	61,0	81,8	<0.001
	Fikrim Yok	19	7,4	4,7	3,6	
	Katılmıyorum	114	50,0	34,3	14,6	
Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır	Katılıyorum	205	26,9	40,0	81,3	<0.001
	Fikrim Yok	37	14,8	12,4	4,8	
	Katılmıyorum	136	58,3	47,6	13,9	
Kadının temel görevi anneliktir	Katılıyorum	286	55,6	73,3	90,3	<0.001
	Fikrim Yok	22	15,7	1,9	1,8	
	Katılmıyorum	70	28,7	24,8	7,9	
Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir	Katılıyorum	208	26,9	42,9	81,3	<0.001
	Fikrim Yok	33	13,8	9,5	4,8	
	Katılmıyorum	137	59,3	47,6	13,9	
Erkekler evli olmadan cinsel birleşme yaşayabilir	Katılıyorum	213	37,0	28,6	86,7	<0.001
	Fikrim Yok	35	9,3	20,0	2,4	
	Katılmıyorum	130	53,7	51,4	10,9	

* Sütun yüzdesi.

Tablo 4.9. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014)

Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlgili Önermeler		n	KADIN %*	ERKEK %*	p Değeri
Ailenin ekonomik durumu kötüyse erkek olan çocuk okutulmalıdır	Katılıyorum	171	47,9	42,6	0,116
	Fikrim Yok	39	12,6	8,0	
	Katılmıyorum	168	39,5	49,4	
Kadınlar siyasette erkekler kadar başarılı olabilir	Katılıyorum	208	60,0	50,0	0,004
	Fikrim Yok	81	23,7	19,1	
	Katılmıyorum	89	16,3	30,9	
Ülke yönetiminde erkekler daha ön planda olmalıdır	Katılıyorum	188	44,2	55,4	0,051
	Fikrim Yok	47	14,2	10,6	
	Katılmıyorum	143	41,6	34,0	
Bazı meslekler kadınlar bazı meslekler erkekler için uygundur	Katılıyorum	282	73,1	76,0	0,722
	Fikrim Yok	36	11,1	8,0	
	Katılmıyorum	60	15,8	16,0	
Evlilik söz konusu olduğunda bekâret önemlidir	Katılıyorum	292	74,7	79,8	0,933
	Fikrim Yok	26	11,6	2,1	
	Katılmıyorum	60	13,7	18,1	
Kadın çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır	Katılıyorum	242	64,2	63,8	0,896
	Fikrim Yok	21	5,8	5,3	
	Katılmıyorum	115	30,0	30,9	
Bir kadın kocasından dayak yiyorsa bunu hak etmiştir	Katılıyorum	135	34,7	36,7	0,213
	Fikrim Yok	35	5,3	13,3	
	Katılmıyorum	208	60,0	50,0	
Evde yemek pişirmek kadının görevidir	Katılıyorum	245	57,3	72,3	0,007
	Fikrim Yok	19	7,4	2,7	
	Katılmıyorum	114	35,3	25,0	
Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır	Katılıyorum	205	48,4	60,1	0,030
	Fikrim Yok	37	11,1	8,5	
	Katılmıyorum	136	40,5	31,4	
Kadının temel görevi anneliktir	Katılıyorum	286	71,6	79,8	0,075
	Fikrim Yok	22	6,8	4,8	
	Katılmıyorum	70	21,6	15,4	
Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir	Katılıyorum	208	53,2	56,9	0,463
	Fikrim Yok	33	8,9	8,5	
	Katılmıyorum	137	37,9	34,6	
Erkekler evli olmadan cinsel birleşme yaşayabilir	Katılıyorum	213	48,9	63,8	0,009
	Fikrim Yok	35	11,6	6,9	
	Katılmıyorum	130	39,5	29,3	

* Sütun yüzdesi.

2. “Kadınlar siyasette erkekler kadar başarılı olabilir” önermesi:

Bu önermeyi Ankara ve İstanbul merkezlerden katılan hastalar yüksek yüzdelerde (Ankara %63, İstanbul %74) onaylamış; Adana merkezden katılan hastaların ise sadece %37’si bu önermeye “katılıyorum” cevabı vermişlerdir (Tablo 4.8). Araştırmanın yapıldığı Adana’da verilen cevaplar Ankara ve İstanbul ile karşılaştırıldığında bu önermenin kabulü açısından Adana-Ankara ve Adana-İstanbul arasında istatistikî olarak anlamlı farklılıklar vardır ($p<0.001$).

Sadece cinsiyet bazında bu önerme incelendiğinde de kadın ve erkekler arasında görüş açısından istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,004$). Kadınlar (%60) ve erkekler (%50) neredeyse birbirine çok yakın yüzdelerle bu önermeyi kabul etmiş, bu önermeye katılmayan erkekler (%30,9) kadınlardan (%16,3) daha fazla olmuştur (Tablo 4.9).

“*Kadınlar siyasette erkekler kadar başarılı olabilir*” önermesi Ankara, İstanbul, Adana’da cinsiyet ile birlikte ayrı ayrı ele alındığında; Ankara dışında, araştırma yapılan diğer illerde bu önerme ile ilgili olarak erkek veya kadın bakış açısı istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Tablo 4.10, 4.11, 4.12). Ankara’da bu önermeye erkekler (%24,1), kadınlardan (%1,9) çok daha fazla sayıda “katılmıyorum” cevabı vermişlerdir ($p=0,003$) (Tablo 4.10). Diğer iki ilde bu önermeye “katılıyorum” veya “katılmıyorum” cevabı verenlerin yüzdeleri birbirine yakındır (Tablo 4.11 ve 4.12).

3. “Ülke yönetiminde erkekler daha ön planda olmalıdır” önermesi:

Bu önermeye bakıldığında kadınların siyasetteki başarısı konusundaki önerme ile birbirine paralel sonuçlar çıkmıştır (Tablo 4.8). Siyasete bakış açısından kullanılan bir önceki önermeye benzer şekilde Ankara (%59,3) ve İstanbul (%55,2) grubundaki hastalar “*Ülke yönetiminde erkekler daha ön planda olmalıdır*” önermesine, Adana (%12,7) grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek sayılarda “katılmıyorum” cevabı vermişlerdir ($p<0.001$). Ancak bu önermeye “katılmıyorum” cevabı, Ankara grubunda cinsiyet bazında istatistikî olarak farklılık göstermezken, İstanbul grubunda cinsiyetler arasında istatistiki olarak anlamlı şekilde farklılık göstermiştir ($p=0,002$). İstanbul grubunda bu önermeye katılmayan hastaların büyük çoğunluğunu (%67,9) kadınlar oluştururken, aynı şehirde bu önermeye “katılmıyorum” cevabı veren erkeklerin yüzdesi 42,3’dür (Tablo 4.11). Adana grubu ise kadın veya erkek fark gözetmeksizin, %77,1-78,0 gibi yüksek yüzdelerle bu önermenin doğruluğunu kabul etmiştir (Tablo 4.12).

Üç ili gözetmeksizin hastalar sadece cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, bu önermeye bakış açısından kadın ve erkeklerin arasında çok az bir fark olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Araştırmaya Ankara Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (2014)

Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlgili Önermeler, ANKARA		n	KADIN %*	ERKEK %*	p Değeri
Ailenin ekonomik durumu kötüyse erkek olan çocuk okutulmalıdır	Katılıyorum	27	37,0	13,0	0,004
	Fikrim Yok	16	14,9	14,8	
	Katılmıyorum	65	48,1	72,2	
Kadınlar siyasette erkekler kadar başarılı olabilir	Katılıyorum	68	72,2	53,7	0,003
	Fikrim Yok	26	25,9	22,2	
	Katılmıyorum	14	1,9	24,1	
Ülke yönetiminde erkekler daha ön planda olmalıdır	Katılıyorum	24	18,5	25,9	0,485
	Fikrim Yok	20	20,4	16,7	
	Katılmıyorum	64	61,1	57,4	
Bazı meslekler kadınlar bazı meslekler erkekler için uygundur	Katılıyorum	47	40,7	46,3	0,912
	Fikrim Yok	25	29,6	16,7	
	Katılmıyorum	36	29,7	37,0	
Evlilik söz konusu olduğunda bekâret önemlidir	Katılıyorum	58	48,1	59,3	0,916
	Fikrim Yok	15	24,1	3,7	
	Katılmıyorum	35	27,8	37,0	
Kadın çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır	Katılıyorum	38	35,2	35,2	0,989
	Fikrim Yok	12	11,1	11,1	
	Katılmıyorum	58	53,7	53,7	
Bir kadın kocasından dayak yiyorsa bunu hak etmiştir	Katılıyorum	18	18,5	14,8	0,802
	Fikrim Yok	14	7,4	18,5	
	Katılmıyorum	76	74,1	66,7	
Evde yemek pişirmek kadının görevidir	Katılıyorum	46	27,7	57,4	0,003
	Fikrim Yok	8	9,3	5,6	
	Katılmıyorum	54	63,0	37,0	
Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır	Katılıyorum	29	18,5	35,2	0,185
	Fikrim Yok	16	20,4	9,3	
	Katılmıyorum	63	61,1	55,5	
Kadının temel görevi anneliktir	Katılıyorum	60	57,4	53,7	0,585
	Fikrim Yok	17	16,7	14,8	
	Katılmıyorum	31	25,9	31,5	
Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir	Katılıyorum	29	22,2	31,5	0,441
	Fikrim Yok	15	16,7	11,1	
	Katılmıyorum	64	61,1	57,4	
Erkekler evli olmadan cinsel ilişki yaşayabilir	Katılıyorum	40	13,0	61,1	<0.001
	Fikrim Yok	10	16,7	1,9	
	Katılmıyorum	58	70,3	37,0	

*Sütun Yüzdesi

Tablo 4.11:Araştırmaya İstanbul Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (2014).

Toplumsal Cinsiyet Rollerine İle İlgili Önermeler, İSTANBUL		n	KADIN	ERKEK	P DEĞERİ
			%*	%*	
Ailenin ekonomik durumu kötüyse erkek olan çocuk okutulmalıdır	Katılıyorum	33	22,6	40,4	0,139
	Fikrim Yok	13	17,0	7,7	
	Katılmıyorum	59	60,4	51,9	
Kadınlar siyasette erkekler kadar başarılı olabilir	Katılıyorum	78	81,2	67,3	0,119
	Fikrim Yok	13	9,4	15,4	
	Katılmıyorum	14	9,4	17,3	
Ülke yönetiminde erkekler daha ön planda olmalıdır	Katılıyorum	36	18,9	50	0,002
	Fikrim Yok	11	13,2	7,7	
	Katılmıyorum	58	67,9	42,3	
Bazı meslekler kadınlar bazı meslekler erkekler için uygundur	Katılıyorum	80	75,5	76,9	0,850
	Fikrim Yok	4	3,7	3,8	
	Katılmıyorum	21	20,8	19,3	
Evlilik söz konusu olduğunda bekâret önemlidir	Katılıyorum	74	62,2	78,8	0,198
	Fikrim Yok	11	17,0	3,8	
	Katılmıyorum	20	20,8	17,4	
Kadın çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır	Katılıyorum	60	54,8	59,6	0,588
	Fikrim Yok	8	7,5	7,7	
	Katılmıyorum	37	37,7	32,7	
Bir kadın kocasından dayak yiyorsa bunu hak etmiştir	Katılıyorum	10	7,5	11,6	0,145
	Fikrim Yok	7	1,9	11,5	
	Katılmıyorum	88	90,6	76,9	
Evde yemek pişirmek kadının görevidir	Katılıyorum	64	62,3	59,6	0,699
	Fikrim Yok	5	5,6	3,9	
	Katılmıyorum	36	32,1	36,5	
Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır	Katılıyorum	42	35,8	44,2	0,302
	Fikrim Yok	13	11,4	13,5	
	Katılmıyorum	50	52,8	42,3	
Kadının temel görevi anneliktir	Katılıyorum	77	64,1	82,7	0,028
	Fikrim Yok	2	1,9	1,9	
	Katılmıyorum	26	34,0	15,4	
Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir	Katılıyorum	45	45,3	40,4	0,755
	Fikrim Yok	10	7,5	11,5	
	Katılmıyorum	50	47,2	48,1	
Erkekler evli olmadan cinsel ilişki yaşayabilir	Katılıyorum	30	20,8	36,5	0,186
	Fikrim Yok	21	24,5	15,4	
	Katılmıyorum	54	54,7	48,1	

*Sütun Yüzdesi

Tablo 4.12.Araştırmaya Adana Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyete Göre Toplumsal Rollere Bakışlarının Dağılımı (2014).

Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlgili Önergeler, ADANA		n	KADIN %	ERKEK %	p DEĞERİ
Ailenin ekonomik durumu kötüyse erkek olan çocuk okutulmalıdır	Katılıyorum	111	71,1	63,4	0,143
	Fikrim Yok	10	8,4	3,7	
	Katılmıyorum	44	20,5	32,9	
Kadınlar siyasette erkekler kadar başarılı olabilir	Katılıyorum	62	38,6	36,6	0,243
	Fikrim Yok	42	31,3	19,5	
	Katılmıyorum	61	30,1	43,9	
Ülke yönetiminde erkekler daha ön planda olmalıdır	Katılıyorum	128	77,2	78	0,969
	Fikrim Yok	16	10,8	8,6	
	Katılmıyorum	21	12,0	13,4	
Bazı meslekler kadınlar bazı meslekler erkekler için uygundur	Katılıyorum	155	92,8	95,1	0,208
	Fikrim Yok	7	3,6	4,9	
	Katılmıyorum	3	3,6	-	
Evlilik söz konusu olduğunda bekâret önemlidir	Katılıyorum	160	100	93,9	0,028
	Fikrim Yok	-	-	-	
	Katılmıyorum	5	-	6,1	
Kadın çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır	Katılıyorum	144	89,2	85,4	0,390
	Fikrim Yok	1	1,2	-	
	Katılmıyorum	20	9,6	14,6	
Bir kadın kocasından dayak yiyorsa bunu hak etmiştir	Katılıyorum	107	62,7	67,0	0,314
	Fikrim Yok	14	6,0	11,0	
	Katılmıyorum	44	31,3	22,0	
Evde yemek pişirmek kadının görevidir	Katılıyorum	135	73,5	90,2	0,019
	Fikrim Yok	6	7,2	-	
	Katılmıyorum	24	19,3	9,8	
Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır	Katılıyorum	134	75,9	86,6	0,052
	Fikrim Yok	8	4,8	4,9	
	Katılmıyorum	23	19,3	8,5	
Kadının temel görevi anneliktir	Katılıyorum	149	85,5	95,1	0,070
	Fikrim Yok	3	3,6	-	
	Katılmıyorum	13	10,9	4,9	
Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir	Katılıyorum	134	78,3	84,1	0,288
	Fikrim Yok	8	4,8	4,9	
	Katılmıyorum	23	16,9	11,0	
Erkekler evli olmadan cinsel ilişki yaşayabilir	Katılıyorum	143	90,4	82,9	0,313
	Fikrim Yok	4	-	4,9	
	Katılmıyorum	18	9,6	12,2	

*Sütun Yüzdesi

4. Meslek ve Çalışma Hayatı Açısından Toplumsal Rollere Bakış ile ilgili Önermeler:

Meslek ve çalışma hayatı açısından toplumsal cinsiyet bakışını görmek için üç önerme kullanılmıştır. Bu önermeler sırasıyla “Bazı meslekler kadınlar, bazı meslekler erkekler için uygundur”, “Kadınlar çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır” ve “Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır” şeklindedir. İller bazında yukarıdaki her üç önermeye bakış açısından Ankara, İstanbul ve Adana arasında istatistikî olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 4.8).

Ancak üç il gözetilmeksizin hastalar sadece cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, bu önermelere bakış açısından kadın ve erkeklerin arasında ilk iki önerme için anlamlı farklılıklar saptanmazken, “Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır” önermesi için kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0.03$) (Tablo 4.9). Özellikle İstanbul ve Adana’da kadın ve erkek fark etmeksizin her üç önermeye de “katılıyorum” cevabı verenlerin yüzdeleri “katılmıyorum” cevabı verenlere göre belirgin şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.11 ve Tablo 4.12). İstanbul ve Adana grubunda kadın ve erkek her iki cinsiyetin de, kadının negatif ayrımcılığına neden olabilecek bu önermeleri yüksek yüzdelerde kabul etmesi dikkat çekmektedir. Bu önermelere “katılıyorum” cevabı özellikle Adana grubunda çok dikkat çekecek kadar yüksek sayılarda saptanmıştır. Ankara grubunda sadece “Bazı meslekler kadınlar, bazı meslekler erkekler için uygundur” önermesine “katılıyorum” cevabı “katılmıyorum” cevabına göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10).

5. Ev Hayatı ve Ev İşlerine Toplumsal Cinsiyet Bakışı ile ilgili Önermeler:

Hastaların, aile bireylerinin her birinin paylaştığı ortak alan olan ev hayatı ve ev işlerine toplumsal cinsiyet bakışını ölçmek için ise üç ayrı önerme kullanılmıştır. Bunlar sırasıyla “Evde yemek yapmak kadının görevidir”, “Kadının temel görevi anneliktir” ve “Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir” şeklindedir.

İller bazında Ankara, İstanbul ve Adana’da istatistiksel olarak anlamlı şekilde her üç önerme için “katılıyorum” görüşünün hakim olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Hastalar sadece cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, bu önermelere bakış açısından kadın ve erkeklerin arasında “Evde yemek yapmak kadının görevidir” önermesi dışında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.9). “Kadının temel görevi anneliktir” ve “Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir” önermelerine kadınlar yüksek sayılarda “katılıyorum” cevabı vermiştir. Bu üç önermeye “katılıyorum” cevabı veren erkeklerin yüzdesi kadınlardan

yüksektir. Her üç önermenin kabulü özellikle Adana grubunda en yüksek değerlerde bulunmuştur. Adana'yı sırasıyla İstanbul ve Ankara grubu izlemektedir. **“Kadının temel görevi anneliktir”** önermesinde ise İstanbul grubu dışında ki illerde istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.10, 4.11, 4.12).

İstanbul ve Ankara grubunda **“Kadının temel görevi anneliktir”** önermesine verilen cevaplarda kadın ve erkek bakışı açısından istatistiksel olarak fark yoktur ve bu önermeye “katılıyorum” cevabı veren kadın ve erkek hastaların yüzdeleri eşit düzeylerde bulunmuştur. Adana grubunda bu önerme yüksek değerlerde kabul görmüş, kadın ve erkek hastaların bu önermeye verdikleri cevapların yüzdesi birbirine yakın bulunmuştur (Tablo 4.12). **“Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir”** önermesi de benzer şekilde en çok Adana grubu tarafından kabul görmüş, diğer araştırma illerinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilememiştir (Tablo 4.10, 4.11, 4.12).

6. Cinsellik Konusunda Toplumsal Cinsiyet Bakışı ile ilgili Önergeler:

Toplumsal cinsiyet bakışındaki en önemli belirleyicilerinden biri olan cinsellik ile ilgili iki adet önerme mevcuttur. Bunlar **“Evlilik söz konusu olduğunda bekâret önemlidir”** ve **“Erkekler evli olmadan cinsel ilişkide bulunabilirler”** şeklindedir (Tablo 4.8). Bir kadının evlenmeden önce bakire olması gerektiği ile ilgili önermeye neredeyse tüm araştırma merkezlerinden yüksek sayılarda onama cevabı alınmıştır. Ankara %53,7, İstanbul %70,5, Adana %97,0 ile kadın söz konusu olduğunda bekâretin hala önem taşıdığı görülmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Cinsellikle ilgili iki önermeye sadece cinsiyet bazında bakıldığında ise bekâret ile ilgili önermeye kadınlar (%74,7) ve erkekler (%79,8) birbirlerine yakın ve yüksek yüzdeler ile “katılıyorum” cevabı vermişlerdir. Bu önermeye verilen cevaplarda kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak fark yoktur (Tablo 4.9). Erkeklerin evlilik dışı cinsel ilişkiye girmesi konusu ile ilgili önermede ise kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Erkekler kadınlardan daha yüksek değerlerde bu önermeye “katılıyorum” cevabı vermişlerdir ($p=0,009$).

Kadın ve erkeklerin bakışı ayrı ayrı her bir il bazında değerlendirildiğinde Ankara, İstanbul ve Adana’da kadın ve erkek bazında bekâret ile ilgili önermeye “katılıyorum” cevabı yüksek yüzdelerdedir. Hiç bir ilde bu önerme için kadın ve erkek bakışı açısından istatistikî olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.10, 4.11, 4.12). Özellikle Adana ilinde bu

önerme kadın (%100,0) ve erkek (%93,9) hastaların tamamı tarafından kabul görmüştür (Tablo 4.12). Bunu sırasıyla İstanbul ve Ankara ili izlemektedir (Tablo 4.10, 4.11).

“*Erkekler evlilik olmadan cinsel ilişkide bulunabilirler*” önermesinde Ankara dışındaki diğer illerde kadın ve erkek bakışı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu önermeye erkekler Ankara’da %61,1 “katılıyorum” cevabı verirken, kadınlar tam tersi %70,4 “katılmıyorum” cevabı vermişlerdir ($p<0.001$). Adana ilinde ise kadın ve erkek fark etmeksizin bu önermeye yüksek sayılarda “katılıyorum” cevabı vermişlerdir (Tablo 4.12). İstanbul grubunda bu önermeye cevap veren kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır.

7. Kadına Şiddet Konusunda Toplumsal Cinsiyet Bakışı ile ilgili Önergeler:

Kadına şiddet en önemli parametrelerden bir tanesi olup, toplumun kanayan sorunlarından biridir. Bu davranış biçimine bakışı ölçmek için kullanılan “**Kadın kocasından dayak yiyorsa bunu hak etmiştir**” önermesi Adana dışındaki diğer şehirlerde kabul görmemiştir (Tablo 4.8). İstanbul ve Ankara grubundaki katılımcılar yüksek yüzdeler ile bu önermeye “katılmıyorum” cevabı vermişlerdir. Adana grubundaki katılımcıların %64,8’i “katılıyorum” cevabı vermişlerdir. Bu önermeye “katılıyorum” cevabı veren Adana ilinden araştırmaya katılan hastalara cinsiyet açısından bakıldığında kadın ve erkeğin eşit oldukları görülmektedir (Tablo 4.12).

Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Tüm Önergelerin Toplam Puan Değerlendirmesi

Toplumsal cinsiyet ile ilgili bütün önergeler toplam puan üzerinden incelendiğinde her üç şehir arasında istatistiksel olarak farklılıklar izlenmiştir ($p<0.001$). Ankara ($13,2\pm6,0$) en yüksek ortalama ile her üç il içinde toplumsal cinsiyet rollerine bakış açısından eşitlikçi görüşe en yakın il olarak saptanmıştır. Ankara merkezini ikinci sırada İstanbul merkezi ($10,8\pm5,1$) izlemektedir (Tablo 4.13). Bununla birlikte Adana merkezindeki ($5,3\pm4,1$) puanlar diğer illere kıyasla düşük değerlerde bulunmuştur. Araştırmaya Adana ilinden katılan hastaların aldıkları toplam puanın düşüklüğü nedeni ile toplumsal cinsiyet rollerine bakış açısından en ayrımcı grup olduğu saptanmıştır.

İller göz önüne alınmadan sadece cinsiyet bazında toplam puanların ortalamalarına bakıldığında ise tüm hastalar bazında kadın ($11,3\pm5,5$) ve erkekler ($10,2\pm5,4$) arasında istatistiki olarak farklılık olmadığı izlenmiştir (Tablo 4.13).

Diyaliz merkezlerinin olduğu iller ve cinsiyet temel alınmadan sadece hastaların eğitim düzeyi ele alındığında, eğitim seviyesi ile toplam puanların ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı şekilde belirgin farklılıklar saptanmıştır ($p<0.001$). Okur-yazar ve ilkokul mezunu ($6,6\pm3,4$) ile ortaokul mezunu ($9,7\pm3,5$) hastaların toplam ortalama puanları benzer nitelikte olup, her iki eğitim seviyesindeki grupta toplumsal cinsiyet rollerine bakış açısından ayrımcı görüşe yakın olabilecek bir yerdedir (Tablo 4.13). Bununla birlikte lise mezunu ($11,5\pm5,5$) hastaların ortalama puanı daha yüksek çıkmıştır. Tüm hastalar içinde en yüksek puana üniversite mezunları ($14,0\pm5,4$) sahiptir. En yüksek toplam ortalama puan ile üniversite mezunları en eşitlikçi görüşe sahip grup olarak bulunmuştur. Bu grubu lise mezunları takip etmektedir.

Tablo 4.13. Hastaların Diyaliz Merkezi, Cinsiyet ve Eğitim Durumları Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Toplam Puan Değerleri (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

		n	$\bar{x}\pm SS$	p Değeri
Diyaliz Merkezi	Ankara	108	$13,2\pm6,0$	<0.001
	İstanbul	105	$10,8\pm5,1$	
	Adana	165	$5,3\pm4,1$	
Cinsiyet	Kadın	190	$11,3\pm5,5$	0,201
	Erkek	188	$10,2\pm5,4$	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar/ilkokul	204	$6,6\pm3,4$	<0.001
	Ortaokul	44	$9,7\pm3,5$	
	Lise	74	$11,5\pm5,5$	
	Üniversite	56	$14,0\pm5,4$	

Ankara ilinde ortalama puan açısından kadın ve erkek arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4.14). Kadınların ($13,6\pm5,9$) ve erkeklerin ($12,7\pm6,1$) toplam puanları birbirine çok yakın çıkmıştır.

Ankara ilinde eğitim seviyesi ile puanlama arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$). Ortalama toplam puan en düşük okur-yazar ve ilkokul mezunu ($10,2\pm6,4$) grupta izlenmiştir. Ortaokul ve lise mezunları birbirine benzer ortalama toplam puanlara sahiptir (Tablo 4.14). Üniversite mezunları ($15,8\pm5,5$) ise en yüksek puan değeri ile en eşitlikçi grup olarak izlenmiştir.

Tablo 4.14. Araştırmaya Ankara Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyet ve Eğitim Durumları Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Toplam Puan Değerleri (2014).

Ankara Diyaliz Merkezi		N	$\bar{X} \pm SS$	p Değeri
Cinsiyet	Kadın	54	13,6 $\pm$ 5,9	0,448
	Erkek	54	12,7 $\pm$ 6,1	
Eğitim	Okur-yazar/ilkokul	32	10,2 $\pm$ 6,4	0,006
	Ortaokul	10	12,9 $\pm$ 4,7	
	Lise	32	14,2 $\pm$ 7,0	
	Üniversite	34	15,8 $\pm$ 5,5	

Tablo 4.15. Araştırmaya İstanbul Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyet ve Eğitim Durumları Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Toplam Puan Değerleri (2014).

İstanbul Diyaliz Merkezi		N	$\bar{X} \pm SS$	pDeğeri
Cinsiyet	Kadın	53	11,7 $\pm$ 5,2	0,092
	Erkek	52	10,0 $\pm$ 5,4	
Eğitim	Okur-yazar/ilkokul	47	9,8 $\pm$ 5,4	0,502
	Ortaokul	17	11,0 $\pm$ 6,4	
	Lise	24	11,7 $\pm$ 5,0	
	Üniversite	17	12,3 $\pm$ 4,5	

İstanbul ilinde toplumsal cinsiyet bakış önermelerinin ortalama puanları açısından kadın ve erkek arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.15).

İstanbul ilinde eğitim seviyesi ile puanlama arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar saptanmamıştır (p=0,502). Ortalama puan hemen hemen tüm gruplarda benzer değerlerde bulunmuştur.

Tablo 4.16. Araştırmaya Adana Diyaliz Merkezinden Katılan Hastaların Cinsiyet ve Eğitim Durumları Açısından Toplumsal Rollere Bakışlarının Toplam Puan Değerleri (2014).

Adana Diyaliz Merkezi		N	$\bar{X} \pm SS$	p Değeri
Cinsiyet	Kadın	83	4,4 $\pm$ 3,1	0,689
	Erkek	82	4,2 $\pm$ 3,5	
Eğitim	Okur-yazar/ilkokul	125	3,5 $\pm$ 3,0	<0.001
	Ortaokul	17	5,7 $\pm$ 4,5	
	Lise	18	6,7 $\pm$ 5,0	
	Üniversite	5	13,0 $\pm$ 3,0	

Adana ilinde toplumsal cinsiyet bakış önermelerinin ortalama puanları açısından kadın ve erkek arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.16). Kadınların (4,4 $\pm$ 3,1) ve erkeklerin (4,2 $\pm$ 3,5) toplam puan ortalamaları birbirine eşit sevededir. Toplumsal cinsiyet bakışı açısından aldıkları puana göre Adana ilinden araştırmaya katılan kadın ve erkek hastalarda ayrımcı görüş hâkim olduğu görülmüştür.

Adana ilinde eğitim seviyesine göre toplam ortalama puanlar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.001$). Toplam ortalama puan en düşük okur-yazar ve ilkokul grubunda olup, ortaokul ve lise mezunlarında ortalama puan birbirine yakın ve okur-yazar grubuna göre daha yüksektir (Tablo 4.16). En yüksek toplam ortalama puan ($13,0\pm3,0$) üniversite mezunlarında izlenmiştir. Üniversite mezunlarının değeri diğer gruplara göre en yüksek seviyede, eşitlikçi görüşe yakın taraftadır.

Toplumsal Cinsiyet ile ilgili Tüm Önermelere Genel Bakış

Tüm sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, kadınlara atfedilen roller söz konusu olduğunda, araştırma yapılan iller arasında farklılıkların önemli olduğu görülmektedir. Sadece toplum tarafından kadına atfedilen roller değil, aynı zamanda kadın olarak toplumsal baskılar, normlar ve gelenek göreneklerin beraberinde getirdiği kalıplar/beklentiler konusunda da Ankara, İstanbul ve Adana'dan araştırmaya katılan hastalar arasında büyük farklılıklar izlenmiştir.

4.3. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesine Toplumsal Cinsiyet Bakışı

1.Evde İhtiyaçları ile ilgilenen Kişilerin Bulunması:

Hastaların diyaliz seanslarından çıktıktan sonra "*Evde ihtiyaçları ile ilgilenen kişiler bulunması*" da yaşam kalitesini artıran nedenlerden biridir. "Hasta tedavi yöntemi nedeni ile halsiz ve yorgun bir şekilde evine gittiği zaman hizmet görebiliyor mu?" incelenmesi gereken en önemli konulardan biridir. Hastaların seans sonrasında evlerinde ihtiyaçları ile ilgilenen kişilerin cinsiyete göre dağılımı iller bazında Tablo 4.17'de görülmektedir. Toplam 378 hastanın sadece 45'i (%11,9) diyaliz seansı sonrasında eve gittiğinde kendisine bakan birisinin olmadığını belirtmiştir. Ankara (%18,5) ili İstanbul ve Adana ile karşılaştırıldığında diğer iki ilden belirgin şekilde fark göstermiştir. Ankara'daki hastalar diyaliz seansı sonrası evde bakım yapacak birinin olmadığını daha fazla sayıda bildirmiştir ($p<0.05$). Ayrıca seans sonrası evde kendisine bakacak birinin olmadığı beyan eden hastaların büyük çoğunluğunu kadınlar (%73,3) oluşturmaktadır ($p=0,001$). Hastaların eve gittiklerinde ihtiyaçları ile ilgilenen kişilerinkimler olduğu incelendiğinde ise hasta kadın veya erkek olsun, her üç ilde de bakımı üstlenen en büyük yüzdenin kadın cinsiyeti olduğu saptanmıştır. Evde hastalar ile ilgilenen kişiler ancak ufak yüzdelere "koca", "baba", "oğul" şeklinde izlenmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hastaların Evde Kendileri ile İlgilenen Kişinin Varlığının İllere Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

Evde Bakan Kişi	ANKARA		İSTANBUL		ADANA		TOPLAM	
	Kadın n=54 (%)	Erkek n=54 (%)	Kadın n=53 (%)	Erkek n=52 (%)	Kadın n=83 (%)	Erkek n=82 (%)	Kadın n=190 (%)	Erkek n=188 (%)
Yok	16,7	20,4	17,0	1,9	18,1	-	17,4	6,4
Var	83,3	79,6	83,0	98,1	81,9	100	82,6	93,6
Eşi	14,8	53,7*	18,9	80,8*	6,0	68,3*	13,2	67,6*
Annesi	22,2	9,3	5,6	7,7	28,9	20,7	20,5	13,8
Kızı	27,7	7,4	43,4	7,7	25,3	6,1	29,5	6,8
Oğlu	9,3	3,6	-	-	-	-	3,1	1,1
Gelini	9,3	5,6	15,1	1,9	21,7	4,9	16,7	4,3
p Değeri	0,005		<0.001		<0.001		<0.001	

* Sütun yüzdesi: Var cevabı verenlerin yüzdesinin dağılımı

2. Diyaliz Seansı Sonrası Yapılan Eylemler

Hastaların yaşam kalitesini etkileyen bir diğer faktör de toplumsal roller gereği üzerlerine aldıkları yüklerdir. Bir diyaliz seansı sonrasında oldukça halsiz olan ve dinlenme ihtiyacı duyan Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) hastası, cinsiyeti nedeni ile dinlenmesi gereken süre içinde dinlenmek yerine kendisine toplum tarafından atfedilmiş rolü yerine getirmektedir. KBY hastalarının yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen "*Diyaliz seansı sonrasında ne yaptıkları*" sorusu merkezlerde araştırmaya katılmayı kabul etmiş olan hastalara yöneltilmiş, alınan cevaplar doğrultusunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.18'de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. Diyaliz Seansı Sonrası Hastaların Yaptıkları Eylemlerin İl ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

Diyaliz Sonrası Günlük Hayat	ANKARA		İSTANBUL		ADANA		Toplam	
	Kadın n=54 (%)	Erkek n=54 (%)	Kadın n=53 (%)	Erkek n=52 (%)	Kadın n=83 (%)	Erkek n=82 (%)	Kadın n=190 (%)	Erkek n=188 (%)
Birinci Tercihleri								
İşe gitmek	7,4	24,0 ‡	1,9	23,1*	4,8	6,1 †	4,7	16,0*
Eve gidip uyumak	63,0	63,0	88,6	65,4	88,0	85,4	81,1	85,6
Evde vakit geçirmek	20,3	13,0	5,7	11,5	4,8	8,5	9,5	10,6
Çocuklara bakmak çocuklar ile ilgilenmek	9,3	-	3,8	-	2,4	-	4,7	-
İkinci Tercihleri								
Aile bireyleri & arkadaşlar ile buluşup vakit geçirmek	29,6	100*	39,6	98,1*	32,5	100*	29,5	99,5*
Ev işi yapmak	70,4	-	60,4	1,9	67,5	-	70,5	0,5

‡p=0,002 †p=0,508 *p=0,000

Ankara merkezinden araştırmaya katılan hastalarının verdikleri cevaplara göre elde edilen başlıca saptamalar aşağıda sıralanmıştır:

- Erkek ve kadın hastaların seans sonrası ilk olarak tercih ettikleri eylem uyumaktır.
- Kadınların ikinci sırada yaptıkları eylem ev işi (%70,4) iken, erkeklerde ikinci sırayı aile bireyleri veya arkadaşları ile buluşma almaktadır (%100).
- Erkek hastalar seans sonrası çocuklarla ilgilenmezken, kadınlar çocukları ile ilgilenmek zorunda olduklarını belirtmişlerdir.

İstanbul merkezinden araştırmaya katılan hastalarda Ankara'dan araştırmaya katılan hastaların cevaplarının benzerlerini vermiştir. Ancak bazı eylemler Ankara'ya göre daha düşük değer almıştır.

Adana merkezindeki hastalarının verdikleri cevaplar Ankara'daki hastalar ile benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte istatistiksel olarak sadece **“Aile bireyleri veya arkadaşlar ile buluşup vakit geçirmek”** ve **“Ev işi yapmak”** eylemleri açısından kadın ve erkek arasındaki farklılıklar anlamlı çıkmıştır.

- Erkek ve kadın hastaların seans sonrası ilk olarak tercih ettikleri eylem uyumaktır. Adana'daki kadın ve erkek hastalar uyuma eylemini Ankara'daki hastalardan daha çok tercih etmektedir.
- Kadın hastalar uyuma eyleminden sonra ikinci olarak %67,5 ile ev işi yapmaktadırlar.
- Erkek hastaların diyaliz seansı sonrası en çok tercih ettikleri eylemi “Aile bireyleri veya arkadaşları ile buluşma” (%100) oluşturmaktadır. Bunu eve gidip uyumak (%85,4) takip etmektedir.

3.Duygu Durumları

- KBY hastaların sürekli değişkenlik gösteren duygu durumlarını belirleyebilmek için araştırmaya katılan hastalara duygu durumlarını belirleyecek sorular sorulmuştur. Hastaların bu sorulara verdikleri cevaplara göre duygu durumunu gösteren veriler Tablo 4.19'da verilmiştir.
- Tablo 4.19'dan da anlaşılacağı üzere tüm merkezlerden katılan hastalar içinde kadınlar (%62,1) erkeklere nazaran (%44,1) daha çok zihinsel çökkünlük içindedir ($p<0.01$). Erkeklerin hastalığı kabullenme yüzdesi (%85,6) ise kadınlara (%71,6) göre daha

yüksektir ($p<0.01$). Kadınların ileriye dönük beklentisi (%50,5) erkeklerden (%38,3) daha fazla olarak saptanmıştır ($p<0.05$). İller ayrı ayrı birbiri ile karşılaştırıldığında ise erkek ve kadınlar arasında yukarıdaki özellikler bazında farklılıklar bulunmamıştır.

- Merkezlerde çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu ***“Tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissediyorum”***, ***“Geleceğe ilişkin kaygı duyuyorum”*** ve ***“Yaşam boyu sürececek bir hastalığa sahibim”*** cevaplarını vermişlerdir. Bu özellikler açısından merkezler ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak farklılıklar izlenmemiştir. Benzer şekilde merkez ve cinsiyet gözetmeksizin hastaların oldukça önemli bir kısmında yorgunluk, halsizlik, yaşamı kısıtlanmış, bağımlı ve fiziksel görünümün olumsuz algılanması gibi duygu durumları saptanmıştır (Tablo 4.19). ***“Kendini suçlama”*** ve ***“Hiç bir şey hissetmeme”*** gibi duygu durumları çok az sayıdaki hastada saptanmıştır. Hastaların çoğunda negatif duygu durumları baskın olmasına rağmen, hastaların yaklaşık yarısı tedavi sonrası iyileşeceğine inandığını, iyi ve neşeli olduğunu bildirmiştir.

Tablo 4.19. Araştırmaya Katılan Hastaların Duygu Durumlarının Araştırma İlleri ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana, 2014).

Duygu Durumları	ANKARA		İSTANBUL		ADANA		Toplam	
	Kadın n=54 (%)	Erkek n=54 (%)	Kadın n=53 (%)	Erkek n=52 (%)	Kadın n=83 (%)	Erkek n=82 (%)	Kadın n=190 (%)	Erkek n=188 (%)
Yorgun	70,4	57,4 †	94,3	75,0*	92,8	78,0*	86,8	71,3*
Halsiz	63,0	50,0 †	92,5	73,1*	75,9	81,7 †	76,8	70,2 †
Zihinsel çökkünlük içinde	55,6	38,9 †	64,2	46,2 †	65,1	46,3 ‡	62,1	44,1*
İyi ve neşeli	40,7	59,3 ‡	34,0	51,9 ‡	37,3	29,3 †	37,4	44,1 †
Bağımlı	63,0	50,0 †	67,9	61,5 †	57,8	64,6 †	62,1	59,6 †
Yaşamı kısıtlanmış	51,9	53,7 †	81,1	71,2 †	62,7	73,2 †	64,7	67,0 †
Hastalığını kabullenmiş	81,5	79,6 †	77,4	86,5 †	61,4	89,0*	71,6	85,6*
İleriye dönük planları olan	33,3	53,7 ‡	43,4	30,8 †	57,8	40,2 †	46,8	41,5 †
İleriye dönük beklentileri olan	48,1	44,4 †	43,4	38,5 †	56,6	34,1*	50,5	38,3 ‡
Tedavi sonucunda iyileşecek	55,6	46,3 †	39,6	42,3 †	37,3	42,7 †	50,0	50,0 †
Yaşam boyu sürececek bir hastalığa sahip	79,6	77,8 †	84,9	75,0 †	74,7	80,5 †	78,9	78,2 †
Fiziksel görünümünü olumsuz olarak algılıyor	57,4	37,0 ‡	37,7	23,1 ‡	43,4	39,0 †	41,2	31,8 †
Geleceğine ilişkin kaygı duyuyor	42,6	51,9 †	58,5	59,6 †	54,2	61,0 †	55,9	60,4 †
Tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissediyor	77,8	72,2 †	64,2	67,3 †	100,0	95,1 †	86,0	84,3 †
Kendisini suçluyor	22,2	24,1 †	24,5	23,1 †	-	4,9 †	9,6	11,9 †
Hiçbir şey hissetmiyor	-	3,7 †	1,9	5,8 ‡	-	-	0,7	2,2 ‡

‡p<0,05, *p<0.01, † p>0.05

Not: Araştırmaya katılan hastalar birden fazla cevap vermişlerdir. Cevapların yüzde dağılımları illerde ve toplamda araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin sayısına göre hesaplanmıştır.

4.Yaşam Kalitesi Puanları

Tüm hastaların toplam yaşam kalitesi puanları Tablo 4.20'de verilmiştir. Tablodan da izlenebileceği üzere hastaların fonksiyonel durumu en düşük, esenliği ise en yüksek algıladıkları saptanmıştır. Bütün olarak değerlendirildiğinde, hastaların global yaşam kalitelerini düşük düzeylerde algıladıkları izlenmiştir.

Tablo 4.20. Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana 2014).

Yaşam Kalitesi	$\bar{x} \pm SS$	En Küçük-En Büyük Değerler
Genel sağlık anlayışı	39,9±21,8	0 - 95,8
Fonksiyonel durum	36±22,3	0 - 97,2
Esenlik	42,2±21,2	0 - 100
Global yaşam kalitesi	40,4±18,7	0 - 93

SF-36 bileşenlerinin (Fonksiyonel, Esenlik, Genel sağlık anlayışı, Global) cinsiyet dağılımına bakılmıştır. Ankara, İstanbul ve Adana'dan katılan hastaların yaşam kalitesi alındığında erkek ve kadın arasında anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.21, Tablo 4.22).

İller arası farklara bakıldığında zaman Ankara'da hemodiyaliz tedavisi gören hastaların fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı puanlarının hem İstanbul hem de Adana'da hemodiyalize giren hastalara göre daha yüksek olduğu, global yaşam kalitesi açısından da her ilin arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu izlenmiştir (Tablo 4.21). SF-36 boyutlarından Global Yaşam Kalitesi puanlarına bakıldığında zaman Ankara şehrinde yaşayan hastalar 50,3±20 puan ile en yüksek puanı almıştır. Ankara'yı çok daha düşük puanlar ile sırasıyla İstanbul (39,5) ve Adana (34,3) izlemiştir. İller birbiri ile kıyaslandığında Ankara ile İstanbul ve Ankara ile Adana arasında fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde İstanbul ile Adana arasında fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılıklar izlenirken esenlik açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.21). Hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları illerin yaşam kalitesinde önemli rol oynadığı görülmüştür.

Tablo 4.21. İller arasında ve Her İlde Cinsiyete Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (Ankara, İstanbul, Adana 2014).

SF-36	İl	$\bar{x} \pm SS$	En Küçük – En Büyük Değerler	Ankara p Değerleri	İstanbul p Değerleri	Adana p Değerleri
Genel Sağlık Anlayışı	Ankara	50,8±21,7	0 - 95	-	<0,001	<0,001
	İstanbul	38,9±20,1	0 - 85	<0,001	-	0,015
	Adana	33,3±20,1	0 – 91,6	<0,001	0,015	-
	Kadın	34,7±20,6	0 – 91,6	0,001	=0,034	=0,002
	Erkek	45,1±21,8	0 – 95,8			
Fonksiyonel Durum	Ankara	51,7±22,4	0 – 97,2	-	<0,001	<0,001
	İstanbul	33,1±20,1	4,1 – 90,7	<0,001	-	0,026
	Adana	27,8±18,1	1,9 – 74	<0,001	0,026	-
	Kadın	31,9±21,7	0 – 95,3	0,031	0,002	0,049
	Erkek	40,4±22,2	4,1 – 97,2			
Esenlik	Ankara	53,3±23,4	0 - 100	-	<0,001	<0,001
	İstanbul	40,8±20,3	0 – 92,8	<0,001	-	0,063
	Adana	36±17	0 - 100	<0,001	0,063	-
	Kadın	37,2±19,6	0 - 100	0,001	0,026	0,005
	Erkek	47,3±21,5	0 - 100			
Global Yaşam Kalitesi	Ankara	50,3±20	0 – 93,1	-	<0,001	<0,001
	İstanbul	39,5±17,2	0 -81,8	<0,001	-	0,008
	Adana	34,3±15,9	5 – 90,9	<0,001	0,008	-
	Kadın	36,1±17	0 – 90,9	0,008	0,008	0,003
	Erkek	44,7±19,2	0 – 93,1			

*p değerleri yaşam kalitesi puanlarının kadın ve erkek arasındaki istatistiksel olarak anlamlılığını göstermektedir

Tablo 4.22. Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana 2014).

	n	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm SS$	Fonksiyonel Durum $\bar{x} \pm SS$	Esenlik $\bar{x} \pm SS$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	190	34,7±20,6	31,9±21,7	37,2±19,6	36,1±17
Erkek	188	45,1±21,8	40,4±22,2	47,3±21,5	44,7±19,2
p değeri		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Öğrenim Durumu					
Okur-yazar/ilkokul	204	35,3±21,7	30,8±20,8	38±19	36,3±17,8
Ortaokul	44	45,9±22,1	36,9±22,1	44,2±26,3	43,9±20
Lise	74	42,8±19,8	40,6±21,2	47,4±19,2	44,4±15,2
Üniversite	56	47,9±20,7	48,6±23,5	49,4±23	46,9±21,5
p değeri		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Medeni Durum					
Evli	240	38,5±22	34,6±21,3	43,4±21	40,4±18,6
Bekar	65	45,9±19,6	45,6±24,2	44,1±20,6	44±17,8
Eşi Ölmüş	73	39±22,4	32±22,3	36,9±21,7	37,1±19,2
p değeri		0,048	0,001	0,051	0,096
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	273	40±21,8	36±21,6	42,9±20,6	40,6±18,3
Geniş Aile	67	36,1±21,7	31,6±21	39,5±21,3	38±19
Tek Birey	36	43,9±19,5	43,7±27,5	41,5±25,2	42±20,9
p değeri		0,211	0,032	0,510	0,550
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	85	48,1±21,4	42,7±24,6	46,4±22,8	44,5±20,5
Çalışmıyor	293	37,5±21,3	34,2±21,3	41±20,5	39,2±17,9
p değeri		<0,001	0,002	0,042	0,022
Merkez					
Ankara	108	50,8±21,7	51,7±22,4	53,3±23,4	50,3±20
İstanbul	105	38,9±20,1	33,1±20,1	40,8±20,3	39,5±17,2
Adana	165	33,3±20,1	27,8±18,1	36±17	34,3±15,9
p değeri		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Yaşadığı Ev					
Kendi evi	163	40±22,6	35,6±22,5	42,9±23,7	40,9±20,7
Ailesinin evi	136	36,3±20,5	33±21,5	37,9±17,3	36,6±15,7
Kira	79	45,6±21,2	42,4±22,3	48,4±20,1	45,7±17,7
p değeri		0,010	0,011	0,002	0,002
Yaş					
r değeri		-0,134	-0,180	-0,076	-0,09
p değeri		0,009	<0,001	0,140	0,072
İlk Evlilik Yaşı					
r değeri		0,204	0,255	0,174	0,218
p değeri		0,011	0,001	0,031	0,006
İlk canlı doğum yaşı					
r değeri		0,233	0,299	0,172	0,235
p değeri		0,004	<0,001	0,030	0,004
Gebelik sayısı					
r değeri		-0,123	-0,075	-0,128	-0,120
p değeri		0,039	0,219	0,042	0,050
Canlı doğum sayısı					
r değeri		-0,175	-0,259	-0,181	-0,161
p değeri		0,022	0,001	0,023	0,040

Hastaların tüm yaşam kalitesi fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı global yaşam kalitesi puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha düşük olduğu ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu izlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.21-4.22). Tablo 4.21’de görüldüğü üzere Ankara, İstanbul ve Adana illerinin her birinde kadın ve erkek arasında fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi açısından anlamlı fark vardır. Tüm yaşam kalitesi puanlarının kadın hastalarda her üç ilde de düşük olduğu görülmüştür.

Yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuş, tüm yaşam kalitesi alan puanlarının artan yaş ile birlikte düştüğü izlenmiştir. Genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, global yaşam kalitesi puanları ile yaş arasında istatistikî olarak anlamlı farklılıklar izlenirken, esenlik puanı ile yaş arasında istatistikî olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Ayrıca gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı ile SF-36 yaşam kalitesi göstergeleri arasında istatistikî olarak anlamlı şekilde negatif ilişki saptanmıştır. İlk evlilik yaşı ve ilk canlı doğum yaşı ile SF-36 yaşam kalitesi göstergeleri arasında istatistikî olarak anlamlı şekilde pozitif ilişki gözlenmiştir (Tablo 4.22).

Öğrenim durumunun artmasına paralel olarak genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. (Tablo 4.22).

Bekarlarda SF-36 yaşam kalitesi göstergeleri evli ve eşi ölmüş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. SF-36 yaşam kalitesi göstergelerinin puanlarında evliler ikinci, eşi ölmüş olanlar üçüncü sırada yer almaktadır.

Tek başına yaşayanların genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanları, geniş veya çekirdek aile ile birlikte yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak fonksiyonel durum dışında yaşam kalitesi puanları aile tipine göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4.22).

Hastaların yaşadıkları evin durumu gözden geçirildiğinde, kirada oturan hastaların yaşam kalitesi puanları ($45,7 \pm 17,7$), kendi evinde ($40,9 \pm 20,7$) veya aile bireylerinden birinin evinde oturan ($36,6 \pm 15,7$) hastalardan istatistikî olarak anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. En düşük puanlar aile bireyin evinde oturan hastalarda gözlenmiştir. Çalışan hastaların tüm boyut ve global yaşam kalitesi puanları ($44,5 \pm 20,5$), çalışmayan hastalara ($39,2 \pm 17,9$) göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır (Tablo 4.22).

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının hastalık ile ilgili özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği Tablo 4.23’de verilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi hastalık süresi, diyaliz süresi ve hastaneye ulaşım süresi ile genel sağlık anlayışı, esenlik, fonksiyonel durum ve

global yaşam kalitesi arasında negatif ilişki saptanmıştır. Hastalık ve diyaliz süresi arttıkça her alanda istatistiksel anlamlı şekilde yaşam kalitesi düşmektedir. Diyaliz süresinin artışı hastaların yaşam kalitesi puanlarını düşürmektedir. Bunlara ilaveten hastaların hastaneye ulaşım süresi arttıkça yani hastaların tanı alma süresi uzadıkça, hastaların yaşam kalitesi puanlarında düşmektedir. Aradaki ilişki istatistikî olarak anlamlıdır (Tablo 4.23).

Hastaların diyaliz seansını terk etme sıklığı ve terk etme durumu ile yaşam kalitesi arasında da negatif ilişki saptanmıştır. Artan diyaliz terk etme sıklığı ile paralel olarak yaşam kalitesinin SF-36 yaşam kalitesi göstergelerinin puanlarında düşmektedir. Hastaların bir hafta içinde girdikleri diyaliz seansı sayısının artışı ile SF-36 yaşam kalitesi göstergelerinin puanlarının düştüğü izlenmiştir.

Evde ihtiyaçları ile ilgilenen kişi olması durumunun, hastaların yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı Tablo 4.23'de izlenmektedir. Diyaliz seansı sonrası yapılan eylemlerin (uyumak, aile bireyleri ve/veya arkadaşlar ile buluşmak, evi işi yapmak, işe gitmek) tüm yaşam kalitesi puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlıdır. Diyaliz seansı sonrası işe giden hastaların yaşam kalitesi puanlarının, evde vakit geçirenlere ve eve gidip uyuyanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Doktorun önerilerine uyan hastaların, uymayanlara göre tüm yaşam kalitesi puanları daha yüksektir. Doktorun önerilerine uyan ve uymayan hastaların esenlik ve global yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. İlaçlarını düzenli kullanan ve kullanmayan hastalar arasında ise yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Önerilen diyetle uyan hastaların SF-36 yaşam kalitesi göstergeleri puanlarının, diyetle uymayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Diyetle uyan ve uymayan hastaların genel sağlık anlayışı puanları dışında tüm yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Tedavi Süreci ile İlgili Değişkenlere Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı (Ankara, İstanbul, Adana. 2014).

	n	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm SS$	Fonksiyonel Durum $\bar{x} \pm SS$	Esenlik $\bar{x} \pm SS$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm SS$
Evde bakan kimse					
var	333	40±21,5	36±21,6	42,3±21,1	40,5±18,6
yok	45	38,9±23,6	36,5±27,1	41,7±21,5	39,6±19,2
p değeri		0,749	0,901	0,841	0,763
Haftalık diyaliz seansı (gün)					
1	6	70±13	68,8±20,3	77,2±15	70,6±14
2	39	48,5±23	49,5±27,2	51,3±26,9	48,9±22,4
3	327	38,5±21,3	34,1±20,8	40,9±19,6	39,1±17,5
4	6	29,4±11	22,2±6,5	18,8±13	21,3±8,3
p değeri		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Diyaliz seansını terk etme					
Evet	73	35,8±19	24,7±15,2	34,4±19	34,1±17,4
Hayır	252	41,4±22,7	39,2±23,3	44,4±21,3	42,4±18,7
Bazen	53	38,1±20,1	37,3±21,3	42,9±21,1	39,4±18,3
p değeri		0,122	<0,001	0,001	0,003
Doktorun önerilere uyma					
Evet	353	40±22,2	36,2±22,4	42,6±26,6	40,8±18
Hayır	25	37,8±14,8	34,8±20,7	35,6±20,9	32,2±15,6
p değeri		0,614	0,769	0,043	0,030
İlaçlarını düzenli kullanma					
Evet	359	39,6±22,1	36,1±22,4	42,2±21,2	40,4±18,8
Hayır	19	44,5±14,5	37,1±20,3	42,9±22	38,9±16,3
p değeri		0,342	0,830	0,884	0,732
Önerilen diyetle uyma					
Evet	263	41,7±22,1	38,6±22,1	43,3±20,1	41,6±18,4
Hayır	115	38±20,9	31,6±20,3	37,8±21,3	36,4±18,9
p değeri		0,270	0,043	0,045	0,044
Seans sonrası yapılanlar					
İşe gitmek	41	53,4±20,2	53,9±24	56±22,3	53,7±20
Evde vakit geçirmek	45	45,7±21,1	43,6±20,9	46,3±20,6	44,1±17,3
Eve gidip uyumak	292	37,1±21,2	32,4±20,8	39,7±20,3	37,9±17,9
p değeri		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Diyaliz süresi					
r değeri		-0,165	-0,142	-0,195	-0,214
p değeri		0,001	0,006	<0,001	<0,001
Hastalık süresi					
r değeri		-0,125	-0,058	-0,106	-0,127
p değeri		0,012	0,263	0,030	0,011
Diyalizi terk etme sıklığı					
r değeri		-0,104	-0,191	-0,171	-0,183
p değeri		0,044	<0,001	0,001	<0,001
Hastaneye ulaşım süresi					
r değeri		-0,125	-0,158	-0,153	-0,119
p değeri		0,012	0,002	0,003	0,023

5. Yaşam Kalitesi Puanları ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine Bakış Skorlarının Karşılaştırılması

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının toplumsal cinsiyet rollerine bakış skorları ile ilişki gösterip göstermediği Tablo 4.24'de verilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi toplumsal cinsiyet rollerine bakış skorları ile genel sağlık anlayışı, esenlik, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi arasında negatif ilişki saptanmıştır. Toplumsal cinsiyet rollerine bakış skorlarının değeri arttıkça her alanda istatistiksel anlamlılık olacak şekilde yaşam kalitesi düşmektedir. Yani toplumsal cinsiyet bakışında ayrımcılık arttıkça yaşam kalitesinin üç ana boyutu ve global yaşam kalitesi puanları düşmektedir (Tablo 4.24).

Hemodiyaliz merkezlerinin olduğu iller tek tek ele alındığında Ankara ve İstanbul illerinde, hastaların yaşam kalitesi puanlarının toplumsal cinsiyet rollerine bakış puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği saptanmıştır (Tablo 4.24). Bununla birlikte Adana ilinde toplumsal cinsiyet bakış puanları ile genel sağlık anlayışı, esenlik, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif ilişki izlenmiştir. Bu durum üç ildeki tüm hastalar ele alındığında saptanan negatif ilişkiden farklıdır. Adana ilindeki hastalarda toplumsal cinsiyet bakış puanları arttıkça yaşam kalitesinin üç ana boyutu ve global yaşam kalitesi puanları da artmaktadır. İstatistiki anlam olmasa da İstanbul ilindeki hastalarda da yaşam kalitesi puanları ile toplumsal cinsiyet puanları arasında pozitif ilişki vardır. Her iki ilden farklı olarak ise Ankara ilinde bu ilişki negatif yönde saptanmış, toplumsal cinsiyet puanları arttıkça yaşam kalitesinin üç ana boyutu ve global yaşam kalitesi puanları düştüğü görülmüştür. Toplumsal cinsiyet bakış puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki bu ilişkilerin detaylı olarak incelenmesi gerekmektedir.

Tüm kadın hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış puanı ile genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi arasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif ilişki saptanmıştır. İstatistiki olarak anlamlı olmasa da toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru ile esenlik arasında da negatif ilişki bulunmuştur. Toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru arttıkça, yani ayrımcılık arttıkça tüm kadınlarda genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanları düşme göstermektedir (Tablo 4.24). Benzer şekilde tüm erkek hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru ile genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi arasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.24. Yaşam Kalitesi Puanları ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine Bakış ile İlgili Önermelerin Toplam Puanının Karşılaştırılması (Ankara, İstanbul, Adana 2014).

	Genel Sağlık Anlayışı	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Global Yaşam Kalitesi
Tüm hastalarda toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	-0,161	-0,175	-0,138	-0,147
p değeri	0,002	0,001	0,007	0,004
Ankara ilindeki hastalarda toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	-0,188	-0,158	-0,092	-0,061
p değeri	0,5	0,11	0,34	0,53
İstanbul ilindeki hastalarda toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	0,098	0,119	0,113	0,172
p değeri	0,3	0,22	0,25	0,08
Adana ilindeki hastalarda toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	0,205	0,309	0,278	0,261
p değeri	0,008	<0,001	<0,001	0,001
Tüm Kadın hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	-0,184	-0,207	-0,128	-0,189
p değeri	0,01	0,004	0,079	0,009
Tüm Erkek hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	-0,185	-0,152	-0,199	-0,150
p değeri	0,01	0,038	0,006	0,04
Ankara ilindeki Kadın hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	-0,158	-0,385	-0,072	-0,04
p değeri	0,25	0,004	0,6	0,77
Ankara ilindeki Erkek hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	-0,303	0,057	-0,199	-0,141
p değeri	0,026	0,68	0,14	0,3
İstanbul ilindeki Kadın hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	0,231	0,107	0,064	0,152
p değeri	0,09	0,44	0,65	0,27
İstanbul ilindeki Erkek hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	-0,097	0,081	0,112	0,133
p değeri	0,49	0,57	0,42	0,34
Adana ilindeki Kadın hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	0,106	0,136	0,263	0,178
p değeri	0,34	0,22	0,016	0,1
Adana ilindeki Erkek hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru				
r değeri	0,300	0,433	0,258	0,339
p değeri	0,006	<0,001	0,019	0,002

Ankara ilinde tedavi gören kadınlar ve erkekler ayrı ayrı ele alındığında, Ankara’da tedavi gören erkeklerde toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru ile yaşam kalitesinin üç ana boyutu ve global yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ankara’da tedavi gören kadın hastalar da ise sadece fonksiyonel durum ile toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru arasında negatif ilişki bulunmuştur. İstanbul ilinde ne erkeklerde ne de kadınlarda toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru ile yaşam kalitesi boyutları arasında ilişki vardır. Bununla birlikte, ilginç olarak Adana’da tedavi gören

erkeklerde, yaşam kalitesinin tüm boyutları ile toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Diğer bir deyişle Adana’da tedavi gören erkeklerde toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru yani cinsiyet ayrımcılığı arttıkça yaşam kalitesinin tüm parametrelerinde de puanlama artış göstermektedir (Tablo 4.24). Bu pozitif ilişki Adana’da tedavi gören kadınlarda sadece esenlik ile toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru arasında izlenmiş olup yaşam kalitesinin diğer boyutları ile toplumsal cinsiyet rollerine bakış skoru arasında ilişki bulunamamıştır.



IV. TARTIŞMA

Günümüzde hem kronik böbrek yetmezliği hem de toplumsal cinsiyet ayrımcılığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından global halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Kronik hastalıkların en büyük sorunlarından birisi hastanın eski sağlığına kavuşamaması sonucu yaşadığı psikolojik, sosyal, fiziksel sorunlardır. Özellikle kronik böbrek yetmezliği sonucunda hemodiyaliz tedavisine başlayan hastanın haftanın üç günü, üçer saat bir sağlık merkezine bağımlı hayat yaşamak zorunda kalması yaşam kalitelerini doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Tedavi ekibi ve sağlık merkezine bağımlı hissederken bir de toplumsal cinsiyet rollerinin getirdiği sorumlulukları yerine getirememeleri veya kısıtlı bir şekilde yerine getirmeleri, hemodiyaliz tedavisi gören kadın ve erkeğin psikolojik durumunu farklı etkileyebilmekte, dolayısı ile yaşam kalitesini ve beklenen yaşam süresini azaltmaktadır (12, 13, 16-18).

Toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık, cinsiyet rollerinin değişmez biyolojik yapıya bağlı bir kavram olduğu varsayımına dayanır. Bu inanış doğru değildir. Toplumsal cinsiyet biyolojik farklılıklardan dolayı değil, kadın ve erkek olarak toplumun kişiyi nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranmasını beklediği ile ilgili bir kavramdır. Toplumsal Cinsiyet biyolojik cinsiyetin aksine değiştirilebilir bir faktördür (34, 38, 39, 81). Cinsiyet rolleri hem zaman içinde hem de kültürden kültüre değişiklik gösterir (88, 89, 92). Yaşamakta olduğumuz toplumun kültürü ile birlikte taşınan toplumsal cinsiyet rolleri ve toplumsal cinsiyet kimliklerinin yarattığı normlar kadın ve erkeklerin yaşamını şekillendirir ve her iki cinsiyet arasında hastalık gibi benzer koşullar karşısında bile farklılıkların doğmasına neden olur (81, 82, 92). Aynı hastalık tanısı almış ve benzer tedavi gören iki farklı cinsiyetin aile içinde veya çalışma ortamında karşılaştığı zorluklar ve/veya anlayış farklı olabilmektedir. Bu tür ayrımcılığın yanı sıra toplumsal cinsiyetle çok yakından ilgili olarak kadının yaşamına, “kadın olmaya” kültürel yönden daha az değer verilmesi söz konusudur ki bu da, kadının sağlığını olumsuz etkiler. Örneğin kadının evde yaptığı işin çok kolay olduğu ve kadının hastalığının bu işleri yapmaya engel olmayacağı konusu birçok kültürel alt yapıda tartışmasız kabul edilir. Oysa çoğu geleneksel toplumda erkek birey hasta olsun olmasın evdeki tüm hizmeti ayağına beklemektedir.

Cinsiyete dayalı iş bölümü, basitçe bir görev paylaşımı anlamına gelmediği gibi, iki cinsiyetin hayatın yükünü eşit olarak paylaşması anlamına da gelmemektedir. Tersine, kadınların ve erkeklerin böyle konumlandırılmaları, kadınlar aleyhine büyük bir eşitsizlikle ve

ciddi ayrımcılıklarla sonuçlanmaktadır. Toplumumuzda da bu şekilde algılanmaya meyilli olan cinsiyete dayalı iş bölümünün çok eski bir tarihi vardır. Modern toplum öncesinde kadınlarla erkeklerin yaptıkları işler ayrılmamıştır (34, 81, 86). Modern toplumların ayırt edici niteliklerinden biri, ev ile iş yerinin ayrışmasıdır. Bu, “asıl işleri evde olan” kadınların üretimin dışına çıkarılmalarına neden olmuştur. Erkekler ‘dışarıda’ çalışıp evin ekmeğini getirirken, kadınlar ‘içeride’ kalıp erkeklerin ve çocukların bakımını üstlenmişlerdir. Bu ayırım, kadının ve erkeğin doğasına ilişkin yeni varsayımların ve kanaatlerin oluşmasına neden olmuştur. Narin ve dayanıksız “Kadın” ile avcılık genlerine sahip mücadeleci “Erkek” (34, 81, 100, 101).

Modern dönem, aynı zamanda ‘ev kadını’ denilen yeni bir tipin doğduğu ve kadınlık normu haline geldiği bir dönem olmuştur. Ev kadınının bir kadınlık normu haline gelişi, her sınıftan, her yaştan, ücretli çalışan ve çalışmayan bütün kadınlar için son derece önemli bir etki yapmıştır. Çünkü ‘doğru kadın’, artık “o” olarak tanımlanmıştır. Bir kadın evin dışında çalışıyorsa, bu muhakkak bir terslik olduğunun delili olarak görülmüştür (34, 100, 101). Cinsiyete dayalı iş bölümünde kadınların payına yuvanın bekçiliği ve ev işleri düşerken, erkekler de evin geçimini sağlamaktan sorumlu hale gelmişlerdir (34, 81, 101).

Mevcut çalışmada “*evde yemek pişirmek kadının görevidir*” ve “*kadının temel görevi anneliktir*” önermelerinin istatistiksel olarak her üç araştırma ilinde de anlamlı yüzdeler ile kabul görmüş olması da yukarıdaki görüşleri doğrulamaktadır. Kadının hastalığa hakkı olmadığı gibi hasta olduğunda da yapması gereken ev işleri gibi toplumsal cinsiyete dayandırılmış görevlerde erkekler tarafından yardım görmemektedir. Bu çalışmadaki bulgular ile benzer şekilde sağlıklı kadınlar arasında yapılan başka bir çalışmada da araştırmaya dâhil olan kadınların tamamına yakınının ev işlerini hiçbir yardım görmeden kendilerinin yaptığı bildirilmiştir (102). Özçatal ve arkadaşlarının bu çalışmasında kadınların %94,6’sı yemeği, %93,8’i bulaşık ve çamaşır yıkamayı ve %94,6’sı temizliği kendisi yapmaktadır. Erkeklerin ise ağırlıklı olarak yaptığı işler fatura ödemeleri (%84,5) ve ev onarım işleri (%63,6) olarak bildirilmiştir. Yemek pişirme, bulaşık yıkama ve temizlik erkeklerin hiç yapmadığı işler olarak saptanmıştır (102). “*Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir*” önermesinden elde edilen sonuçlar da, erkeklerin ev işi yapmaları konusunda Özçatal ve arkadaşlarının bulgularını destekler niteliktedir. Özellikle çalışmaya Adana ilinden katılan hastalar bu konuda yüksek yüzdelerde en ayrımcı görüş bildirmişlerdir. Adana’yı sırasıyla İstanbul izlerken, Ankara ilindeki hastaların “*Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir*” önermesine verdikleri cevap eşitlikçi niteliktedir.

Kadınlara atfedilen bu roller söz konusu olduğunda araştırma yapılan illerdeki farklılıkların önemli olduğu görülmektedir. Bu çalışmada kadın olmanın getirdiği görevlerin Batı'dan Doğu'ya doğru gidildiğinde daha ayrımcı nitelik kazandığı dikkati çekmiştir. Ankara'da izlenen daha eşitlikçi görüş, Ankara'dakilerin daha yüksek eğitim düzeyi ile açıklanabilse de, Adana gibi bölgesel kültürün hâkim olduğu şehirlerde izlenen geleneksel görüş farklılıklarının bu önermeler açısından önemli olduğu akılda tutulmalıdır. Eğitim düzeyi Ankara'ya yakın olan İstanbul ilinde bu önermelerin yüksek sayılarda kabul görmesi, bu durumun sadece eğitim düzeyi ile açıklanamayacağını göstermektedir. Ankara ve İstanbul arasındaki bu farkın İstanbul ilinin özellikle doğu bölgesinden aldığı iç göç nedeni ile kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ankara ve İstanbul arasında görülen bu farkı doğuran nedenlerin bu konuya ait detaylı bir araştırma yapılarak araştırılması bu farkı doğuran sebepleri ortaya koyacaktır.

Ergöl ve arkadaşlarının çalışması da bu çalışmada saptanmış olan iller arasındaki görüş farklılıklarının sadece eğitim düzeyi ile açıklanamayacağını göstermektedir (101). Ergöl ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite eğitimi almış kadınların, eğitim almamış kadınlarla yakın düzeyde ev işlerini, eşlerinden yardım almadan yaptıkları saptanmıştır. Ergöl ve arkadaşlarının çalışmasına katılan “araştırma görevlisi” olarak çalışan kadınlar çoğunlukla sorumlu oldukları işlerin “yemek pişirmek” (%59,4), “bulaşık yıkamak” (%50,5), “çamaşır yıkamak” (%69,2), “ütü yapmak” (%41,1), “giysileri onarmak” (%65,0), “çocuklara yemek hazırlamak” (%55,8) olduğunu belirtmiştir. Bu kadın araştırma görevlilerinin eşlerinin yaptıkları başlıca işler “günlük alışveriş” (%74,5), “büyük alışveriş” (%84,0), “fatura ödeme” (%50,0) evin bakım ve onarımı (%57,4) olarak bildirilmiştir (103).

Ankara, katılımcılar arasında en çok üniversite mezununa sahip olsa da, “*evde yemek pişirmek kadının görevidir*” ve “*kadının temel görevi anneliktir*” önermelerine yarı yarıya onaylayan cevap vermiştir. Cinsiyet bazında incelendiğinde Ankaralı erkek hastaların yarısından fazlası bu önermeleri kabul ederken, Ankaralı kadın hastaların sadece “*kadının temel görevi anneliktir*” önermesini erkekler ile aynı yüzdelerle kabul ettiği dikkati çekmiştir. Bununla birlikte “*evde yemek pişirmek kadının görevidir*” önermesine kadın hastaların çok daha eşitlikçi nitelikte cevap verdiği, erkeklerin ise bu önermeye ayrımcı nitelikte cevap verdiği saptanmıştır.

Bunlara ek olarak, çalışmada kadın ve erkek hastaların diyaliz sonrası yaptıkları işlere bakıldığında, her üç araştırma ilinde de oldukça belirgin farklılıklar göze çarpmaktadır.

Erkeklerin tamamına yakını (%95,7) diyaliz sonrası aile bireyleri veya arkadaşları ile buluşup sosyal ilişkilerde bulunduğu belirtmişlerdir. Aynı soruya kadın hastaların %29,5'i olumlu cevap vermiştir. Sosyalleşme fırsatını erkekler kadar kullanmadıklarını ifade eden kadınların diyaliz sonrası yaptıkları işlerin başında ev işi yapmak gelmektedir (%66). Diyaliz sonrası ev işi yapan erkekler %1'in altındadır. Haftada üç gün, üçer saat bir merkezde hemodiyaliz uygulanan erkekler seans sonrasında eve gidip uyumakta veya arkadaşları ile buluşmakta iken, kadınlar eve gidip çocuklar ile ilgilenmekte ve ev işi yapmaktadır.

Tüm bu bulgular, konu *evişi*, *evde yemek pişirmek* ve *annelik* gibi toplumsal cinsiyetin getirdiği görevlere geldiği zaman, tarih boyunca anneden kızına geçmiş olan bu görevlerin kadın ve erkek bireyler tarafından eğitim düzeyleri ne olursa olsun sorgusuz olarak kabul edildiğini göstermektedir. Ev işleri söz konusu olduğunda “yemek yapmak” eyleminin kronik hasta olmasına ve uzun, dinlenme gerektiren bağımlı bir tedaviye ihtiyaç göstermesine rağmen kadının görevi olduğu hem kadın hem de erkek katılımcılar tarafından kabul görmektedir. Kadının eğitim hayatında üniversite okumuş olması ve/veya çalışıyor olması, toplum içinde kendisini erkek ile eşit konuma getirmemektedir.

Bireyin içinde yaşadığı toplumun kültürü, bir kadın ve erkeğin nasıl davranacağı, nasıl düşüneceği ve nasıl hareket edeceğine ilişkin beklentileri ortaya koyan, yani kadın ve erkeği sosyal olarak yapılandıran özellikleri belirlemektedir (104-106). Kız ve erkek çocuklar, ailenin içine girdiği toplumsal çevrenin ve alınan eğitimin etkisiyle, cinsiyetlerine uygun roller kazanmakta ve toplumsal cinsiyet kimliğini edinmektedirler. Bu süreçte kadınlar için ev ile ilgili işleri yürütme ve çocuk bakımı gibi işler öne çıkarken, erkekler için iş rolleri aile rollerinden daha önemli hale gelmektedir (106). Bütün toplumlarda doğuştan gelen biyolojik farklılıklar kültürel olarak yorumlanıp değerlendirilmektedir. Kadınlar ve erkeklerin hangi davranış ve faaliyetleri yapabileceklerine, hangi haklara ve güce kimin ne derece sahip olduğuna veya sahip olması gerektiğine ilişkin toplumsal beklentiler geliştirilmektedir. Bu beklentiler, toplumdan topluma ve aynı toplum içinde bir toplumsal kesimden diğerine kısmen değişse de özünde ortak noktalar bulunmaktadır (104-106).

Türkiye’de olduğu gibi dünyadaki ülkelerin çoğunda da ev işleri ve çocuk bakımı kadının görevi olarak kabul edilmektedir (106-111). Türkiye istatistiklerine bakıldığında "yemek yapma" eylemini en çok anneler (%82,2) ve kız çocukları (%12) gerçekleştirirken, bu sayı erkekler için düşük seviyededir. Benzer şekilde, evin temizliği ile ilgilenen kişilerin başında anneler (%78,2) ve kız çocukları (%15,8) gelmektedir (111,112). Bu çalışmada da benzer

şekilde kadın hastaların ev ve çocuklar ile ilgilenme yüzdeleri yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre kadınların bir gün içinde yaptıkları işlere bakıldığında, en yüksek dilimlerden ikisini ev işleri (ortalama 4 saat) ve kazanç için çalışmak (ortalama 4,3 saat) oluşturmaktadır. Erkeklerde ise bir gün içinde en çok yaptıkları işin başında kazanç için çalışmak gelmekte (ortalama 6,1 saat), bunu serbest zaman aktiviteleri (ortalama 4,48 saat) izlemektedir (111,112). Kadınların bir gün içinde kendilerine ayırdıkları zaman dilimi erkeklere kıyasla çok az olup, neredeyse aynı miktardaki kazanç için çalışmalarına rağmen kadınların evde de mesaisinin devam ettiği izlenmektedir. Bu durumun kadın hasta olduğunda da değişmediği bu çalışmada görülmüştür.

Türkiye'deki kadınların üçte ikisi, esas isteklerinin çalışmak değil evde oturup çocuk bakmak olduğu fikrine katılmaktadır. Bu oran (2/3) dünya ortalamasından iki kat daha fazladır. Dünyadaki istatistikler ile karşılaştırıldığında Türkiye'deki kadınların verdiği yanıtlar, dünyadaki pek çok ülkeye göre biraz daha kadının işten ve ev dışı etkinliklerden uzaklaşmasını destekler nitelikte olduğunu göstermektedir (107-111). Filipinler, Meksika, Şili, Portekiz gibi Katolik nüfusu çok olan ülkelerle, Bulgaristan ve Rusya gibi Ortodoks nüfusu yoğun olan, gelişmekte olan ülkeler de yine Türkiye ile benzer şekilde kadınların işten ve ev dışı etkinliklerden uzaklaşmasını destekler nitelikte istatistiklere sahiptir. İskandinav ülkeleri, ABD, İngiltere, Avustralya gibi ileri derecede gelişmiş, demokrasileri pekişmiş, kapitalist ve Protestan Anglo – Amerikan ve İskandinav ülkelerde kadının esas isteğinin evde oturup çocuk bakmak olduğuna olan inancın, gerek Türkiye gerek Katolik ve Ortodoks nüfusları daha fazla ülkelere göre çok daha düşük olduğu göze çarpmaktadır (109, 110, 113-117).

Günümüzün sosyal ve ekonomik koşulları ile birlikte kadınların çalışma hayatına girişi hızlanmıştır. Ekonomik nedenler ile birlikte çalışma hayatına girmek zorunda kalan kadınların hayatına çağın getirdiği modernleşme süreci de eklendiğinde, kadınlar daha yüksek eğitim almaya teşvik edilmişlerdir. Bu durum, kadınların ve erkeklerin geleneksel rollerinde önemli değişimleri de beraberinde getirmeye başlamıştır. Ayrıca bu süreçte edinilen eğitim imkânları ve kadınların iş hayatına girmesi cinsiyet rollerinin algılanmasında ve yeniden şekillenmesinde etkili olmaya başlamıştır (113-116, 118). İş bölümü açısından geleneksel toplumda ev içi işleri gerçekleştiren kadın, artık modern sosyal hayat içinde erkeklerle benzer işlerde çalışmaya başlamış ve cinsiyet rolleri birbirine yakınlaşmıştır. Modern toplumlarda iş hayatına atılan kadın, sosyal hayat içinde kendisini daha fazla gösterirken, artan sorumlulukları beraberinde yeni problemleri de getirmiştir. Geleneksel rollerin henüz tam

olarak değişmediği ve aile içi ilişkilerde geleneksel rollerin sürdüğü bir ortamda kadınların çalışması, ev içi sorumluluklarına ek bir yükü de beraberinde getirmiştir (89). Bu sürece yeteri kadar destek çıkmayan ve değişimi gerçekleştiremeyen eşler arasında çoğu zaman çatışmalar ve huzursuzluklar yaşanmaktadır.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınların iş hayatına atılma nedenlerinin başında ekonomik nedenler geldiği gösterilmiştir. Kadınların çalışma hayatına atılma nedenlerinden bir diğeri ise yüksek öğrenim görmüş olmaları olarak bildirilmiştir (89, 102, 119, 120). Toplumdaki yaygın değer ve rollere göre yetişen kadınların çoğunluğu, iş yaşamları nedeniyle aile içinde bir rol çatışması yaşamaktadır. Aile sorumluluklarının öncelik taşıdığına inandıkları için de aile içindeki tüm sorunların kendi çalışmalarından kaynaklandığını düşünerek bazı kadınlar kısmi süreli çalışmayı tercih etmekte ya da işlerinden ayrılmaktadırlar (121, 122). Bunu destekleyen çalışmalardan bir tanesinde, yükseköğrenim görmüş kadınlar arasında yapılan ankette, araştırma görevlisi olarak çalışan kadınların yaklaşık yarısı (%46,1) kadının çalışmasının aile yaşantısını olumsuz etkileyeceğini ifade etmiştir (103). Çalışma yaşamı, başta kadına ekonomik bağımsızlık ve toplumsal değer artışı olmak üzere pek çok avantaj sağlasa da geleneksel değer ve tutumlar nedeniyle çeşitli sorunları da beraberinde getirmektedir. Özellikle rol çatışması, ev içi sorumluluklarının çok yoğun olması ve çocuk bakım sorunu, çalışan kadınların en sık yaşadığı sorunlardır. Bu durum kadınların ev ve iş yaşamı arasında denge kurmakta sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır (123-125). Evli kadınlar haftada yaklaşık 20-30 saat aile içi işçi olarak çalışmaktadır. Bunun sonucu olarak da kadınların hem fiziksel, hem psikolojik, hem de sosyal sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Bu durumlara bir de hastalık eklendiği zaman durum içinden çıkılmayacak kadar karmaşık hale gelmektedir. Özellikle kronik böbrek yetmezliği gibi haftada üç saat diyaliz tedavisi görmek zorunda kalan kadınlar halsiz, bitkin ve yorgun olmalarına rağmen sağlam kadınların bile fiziksel ve psikolojik olarak kaldırmakta zorlandıkları işleri yapmak zorunda kalmaktadır. Bir kadının kronik hastalık tanısı alması toplum tarafından kendine atfedilen iş yüklerini azaltmamaktadır. Evli kadınlarda eşler sağlıklı kadınlardan bekledikleri tüm görevleri kronik hastalık tedavisi gören kadından da beklemektedir.

Özçatal ve arkadaşlarının çalışmasında; hasta olsun olmasın kadınların çalışmasındaki en önemli neden ekonomik (%79,5) zorunluluk olduğu bulunmuştur. Bunu sırası ile ev dışında üretken olmak (%19,5), çeyiz hazırlamak (%1) izlemektedir. Özçatal, kadınların %90,6'sının çalışma konusunda kararı kendi başlarına verdiklerini belirtirken; çalışma kararında %5'inin babası, %0,7'sinin eşi, %3,7'sinin annesi ve ağabeyi gibi yakınlarının çalışma kararının

alınmasında etkili olduğu görülmüştür (102). Özçatal ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %52,7'si erkeğin eşinin çalışmasına izin vermesi gerektiğini, %37,9'u ise mecbur kalırsa izin vermesi gerektiğini belirtmiştir (102). Kadınların çoğunluğu çalışmayı benimsemiş olmasına rağmen kocanın izin vermemesi durumunda çalışmayacağını ifade etmektedir.

Başkent Üniversitesi Ankara, İstanbul ve Adana Hemodiyaliz Merkezlerinde tedavi gören hastalarla yapılan bu çalışmada da, "*Kadınlar çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır*" önermesine kadınlar yüksek sayıda "*katılıyorum*" cevabı vermişlerdir (%64,2). Bu önermeye "katılıyorum" cevabı veren erkek yüzdesi (63,8) de kadına yakındır.

Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında ise "*Kadın yapacakları için kocasından izin almalıdır.*" önermesine erkeklerin %80'i katılırken, kadınların %66'sı onay vermiştir (89).

İller bazında incelendiğinde, "*Kadınlar çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır*" önermesine verilen cevaplar Ankara, İstanbul ve Adana illerinde önemli farklılıklar göstermektedir. Bu önermeyi Ankara'daki hastaların %35,2'si, İstanbul'da %57'si, Adana'da %87,3'ü kabul etmiştir. Benzer şekilde "*Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır*" önermesi için de iller arasında belirgin farklılıklar mevcut olup, Adana'daki hastalar (%81,3) Ankara (%26,9) ve İstanbul'daki (%40,0) hastalardan daha yüksek yüzdeyle bu önermeye katılmışlardır.

Türkiye çapında kadın ve erkeklerin toplumsal cinsiyete bakışlarını belirlemek için yapılan bir çalışmada değerlendirilen kadınların iş hayatına girmesi ile ilgili kanaatler incelendiğinde, kadınların %90,5'i ve erkeklerin %73,7'si kadının çalışmasına olumlu cevap vermiştir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve TÜİK tarafından Türkiye çapında yapılan çalışmalarda kadının iş hayatındaki yeri ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında Ankara (%90,0), İstanbul (%86,4) ve İzmir (%90,5) gibi metropollerde kadının iş hayatına girişi ile ilgili olumlu yanıtlar alınmıştır. Bu sorulara alınan olumlu yanıtların yüzdesi Kuzeydoğu Anadolu'da %60,7 ve Güneydoğu Anadolu'da %64,0'dür (111, 112).

Bu sonuçlar kadının iş hayatı ile ilgili konunun, Batı'dan Doğu'ya doğru gidildiğinde daha ayrımcı nitelik kazandığını ve büyük metropollerde nispeten daha eşitlikçi bir görüşün hakim olduğunu göstermektedir. Başkent Üniversitesi Ankara, İstanbul ve Adana Hemodiyaliz

merkezlerinde gerçekleştirilen çalışmada kadının çalışmak için kocasından izin almasına gerek olmadığını söyleyen kadınların yüzdesi Adana’da %12 olarak saptanmıştır.

Demirel ve arkadaşlarının çalışması da Başkent Üniversitesi Hemodiyaliz Merkezleri’nde gerçekleştirilmiş olan çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Demirel’in çalışmasında kadınların ancak %6,4’ü çalışmak için izin alınmasına gerek olmadığını bildirmiştir (125). Kadını toplumda denetlenen konumuna indirgeyen ataerkil yapının getirdiği hiyerarşik düzen, kadının çalışma yaşamına katılımında da belirleyici olmaktadır. Burada önemli olan kadının bu yapının getirdiği düzeni ve değerleri içselleştirmiş olmasıdır.

Kadınlar, tarih boyunca zamanın şartlarına göre ve değişen statülerde çeşitli ekonomik faaliyetlere katılmışlardır. Bu süreçte sanayi devrimi kadının işgücü piyasasındaki konumunun belirlenmesinde önemli bir dönüm noktasını teşkil etmektedir. Sanayi devrimi ve sonrası oluşan teknolojik, ekonomik ve toplumsal değişiklikler kadınlara ev içindeki annelik ve ev kadınlığı rollerinin dışında ekonomik faaliyetlere ücret karşılığı daha fazla katılma imkânı yaratmış ve “ücretli kadın işgücü” kavramının doğmasına yol açmıştır (122). Türkiye’de kadınların siyasete katılımı beklenenden çok düşüktür. Bu düşüklüğün nedeni, ülkemizde halen oryantal kültürün hakim olmasıdır. Türkiye’de TÜİK’in 2014 verilerine göre yaklaşık 39 milyon kadın vardır. TÜİK’in 2013 verilerinde 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisindeki istihdam yüzdesinin %45,9 olduğu, bu yüzdenin sadece %27,1’inin kadınlar tarafından oluşturulduğu gösterilmiştir. Türkiye’de çalışan kadınların 1,5 katından daha fazla ev kadını mevcuttur (126, 111, 112). Kadınların iş gücüne katılımı açısından Türkiye sadece gelişmiş ülkelerin gerisinde değil, aynı zamanda hızla sanayileşen Asya ve Latin Amerika ülkelerinin de gerisinde kalmıştır. Kadın işgücüne katılımı açısından Türkiye, daha çok Kuzey Afrika ve Ortadoğu gibi oryantalist bakış açısına sahip ülkelere yakın durmaktadır (127, 128).

Dünya Ekonomik Forumu’nun 2012 Küresel Cinsiyet Uçurumu Raporu’na göre kadınların ekonomiye katılımı konusunda Türkiye 135 ülke arasında 129’uncu sıradadır. Aynı raporun 2013 yılındaki sonuçlarında ülkemiz 136 ülke arasında 120’nci sırada yer alırken, 2014 yılında 136 ülke arasında 125’inci sırada yer almıştır (129-131). Türkiye’nin 2023 yılı itibari ile işgücüne kadının katılımı hedefi yüzde 35 iken, üyesi olmayı hedeflediğimiz Avrupa Birliği’nin (AB) 2020 yılı kadın istihdam hedefi yüzde 75 olarak bildirilmiştir (129, 131).

Kadınların işgücü alanındaki bugünkü konumlarını elde etmeleri yüzyıllar boyunca vermiş oldukları mücadeleler sonucu gerçekleşmiştir. Buna rağmen, yapılan çalışmalarda dünyanın her yerinde dereceleri farklı da olsa kadınların çalışma hayatında birçok sorunla karşılaştıkları

belirlenmektedir. Bu sorunların başında cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık konusu gelmektedir. Ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel yapılarının gelişimiyle doğrudan ilişkili olan cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık konusu, ülkenin yetersiz ekonomik ve sosyo-kültürel yapısından kaynaklanan sorunların bir yansımasıdır (132).

Feminist iktisat teorisi kadının işgücü piyasasındaki dezavantajlı durumunu “patriarkal (erkek egemen) sisteme” ve kadının toplum ve aile içindeki ikinci pozisyonuna dayandırmaktadır. Bütün toplumlarda ev işleri ve çocuk bakımı kadınların temel sorumlulukları kabul edilirken, evin ekmeğinin kazanılmasının erkeklerin temel sorumluluğu olduğu düşünülmektedir. Kadınların neden daha az okutulduğu, neden iş hayatında daha az tecrübe sahibi oldukları, bilim ve teknik alanlarında neden uzmanlaşamadıkları gibi sorular iş bölümü çerçevesinde analiz edilir. Feminist iktisat teorisi, mesleki katmanlaşmayı yatay ve dikey olarak iki boyutta ele almaktadır (133). Mesleklerin “kadın işleri” ve “erkek işleri” olarak ayrılması yatay katman, aynı meslekteki kadın ve erkeklerin farklı iş pozisyonlarında yer alması dikey katmanlaşma olarak tanımlanmaktadır (134).

Bugün, Türkiye’de kadınların işgücü piyasasında daha fazla sayıda yer almasına ve konumlarının göreceli olarak daha iyi olmasına rağmen, yapılan teorik ve ampirik çalışma sonuçları Türkiye’de kadınların işgücü piyasasında cinsiyete dayalı ayrımcılığa maruz kaldığını belirtmektedir (132, 135).

Pek çok toplumda meslekler yatay olarak katmanlaşarak “kadın işi” ve “erkek işi” olarak ikiye ayrılırlar. Genel olarak “kadın işi” düşük statülü ve düşük ücretli, geçici, güvencesiz olan niteliksiz işlerden, buna karşı “erkek işi” yetki ve sorumluluk gerektiren, yüksek ücretli, sürekli, güvenceli olan nitelikli işlerden oluşmaktadır (132-135). Türkiye’de tarım sektöründe karşılığı ödenmemiş emek olarak ifade edilen ücretsiz aile çalışanı olarak çalışanların %78,1’ni kadınlar, buna karşılık kendi hesabına çalışanların %84,2’sini erkekler oluşturmaktadır (111, 112, 136). Sanayi sektöründe çalışan kadınlar tekstil, tütün gibi yoğun emek isteyen fakat getirisi daha az olan imalat alanındaki işlerde, hizmet sektöründe ise bankacılık, sigortacılık ve satış elemanı gibi niteliği göreceli olarak daha düşük işlerde çalışmaktadırlar (111, 112, 132, 136, 137). Buna karşı, kadınlar kanun yapıcı ve üst düzey yönetici, müdür, şef gibi sorumlulukları yüksek olan nitelikli işlerde düşük sayılarda çalışmaktadırlar (132).

Başkent Üniversitesi Ankara, İstanbul ve Adana Hemodiyaliz Merkezleri’nde gerçekleştirilen çalışmanın bulguları da Feminist İktisat Teorisinin yatay katmanlaşma

görüşünü destekleyici nitelikte çıkmıştır. Çalışmada “*Bazı meslekler kadınlar, bazı meslekler erkekler için uygundur*”, önermesine kadınlar (%73,2) ve erkekler (%76,1) çok yüksek sayılarda katılıyorum cevabı vermişlerdir. Bölgesel farklılıklar açısından da Ankara (%43,5), İstanbul (%76,2) ve Adana (%93,9) illeri arasında çok belirgin farklılıklar saptanmıştır. Adana ilinden araştırmaya katılan hastalar, kadın ve erkek fark etmeksizin oldukça ayrımcı nitelikte görüş bildirmişlerdir.

Benzer şekilde Özçatal ve arkadaşlarının çalışması da “*Bazı meslekler kadınlar, bazı meslekler erkekler için uygundur*” önermesinden elde edilen sonucu destekleyici nitelikte sonuçlar bildirmiştir. Araştırmaya katılanların %64,4’ü öğretmenlik, %17,1’i doktorluk, %11,7’si hemşirelik, %6’sı ise mühendislik mesleğinin kadın için uygun olduğunu belirtmiştir (102). Türkiye çapında yapılan diğer bir kapsamlı çalışmada ise okul öncesi eğitimdeki öğretmenlerin tamamına yakınının kadın olduğu belirlenmiştir. 2012-2013 eğitim yılında ilkokuldaki öğretmenlerin %57,8’si kadın, %42,2’si erkektir (112).

Geleneksel olarak Türkiye’de erkek çocuklarının eğitim alıp, iş sahibi olmalarına önem verilirken; kızların evde kalıp ev işleriyle ilgilenmesi teşvik edilmektedir (138, 139). Günümüz eğitim sisteminde birçok ülkede son yıllara yapılan sıkı çalışmalar ve çıkarılan yeni yasal düzenlemeler ile birlikte kız ve erkek öğrenciler arasındaki ayrımcılığın önemli ölçüde giderildiği bildirilmekle birlikte uygulamada özellikle aile bazında kız ve erkek çocuk ayrımının hala devam ettiği bilinmektedir (92, 138, 140). Örneğin, kızlar toplumsal cinsiyet rolleriyle yükseköğrenimde bölüm seçme sırasında aile ve çevre tarafından yönlendirilmektedirler. Bu bağlamda, kız öğrencilerin yükseköğrenimdeki tercihlerinde kadın meslekleri olarak nitelendirilen öğretmenlik ve hemşirelik gibi meslekler ön plana çıkmaktadır (139, 141).

Bu noktada kadınların meslek tercihi yaparken, öncelikle eşlik ve annelik rollerini dikkate aldıkları ve bu rollerini aksatmayacağını düşündükleri meslekleri tercih ettikleri ortaya çıkmaktadır. Barret’in de ifade ettiği gibi öğretmenlik, sekreterlik, hemşirelik işleri toplumsal cinsiyet temelli işbölümüne uygun olarak yapılandırılmış dişil iş kategorileridir (142). Bu toplumsal koşulların kadınları belli yapıda işlere yönlendirmektedir. Kadınlar ev ve çocukları ile ilgili görevlerini aksatmamak için daha esnek çalışma sürelerine sahip olacakları, ancak kendilerine daha düşük gelir getiren işleri tercih etmektedirler (102).

İş hayatının kadınların yaşamına getirdiği olumsuz etkiler konusundaki görüşleri irdeleyen çalışmaya bakıldığında; kadınların %84,6’sında eşi ve çocuklarına yeterince zaman

ayıramayacağı görüşü, %64,8’inde eşi ile anlaşmazlıklarının daha çok olacağı görüşü, %87,2’sinde iş ve ev işi nedeniyle daha stresli olacakları, %89,3’ünde gereğinden fazla yorulacakları ve yıpranacakları görüşü hâkimdir (102). Türkiye çapında yapılan geniş kapsamlı diğer bir çalışmada da, kadının iş hayatının olumsuzlukları ile ilgili olarak benzer nitelikte veriler elde edilmiştir (112). Türkiye istatistiklerini içeren bu çalışmada, kadınların iş hayatı ile ilgili kadın ve erkeklerin görüşleri sırasıyla şu şekilde belirtilmiştir: “kadının görevi çocuk bakımı ve ev işleridir” (Kadın %56,6; Erkek %56,2), çalışma ortamı kadın için güvenli değildir (Kadın %18,7; Erkek:%20,4), gelenek ve göreneklerimize aykırıdır (Kadın %9,7; Erkek:%9), çalışan kadınların çocukları mağdur olur (Kadın %8,6; Erkek %8,4), bir işte çalışmak kadını yıpratır (Kadın %3,4; Erkek %2,7).

Bu veriler, çalışmamızı destekler nitelikte olup; araştırmaya katılanlar, kadın ve erkek fark etmeksizin toplumsal cinsiyet temelli iş bölümünü içleştirmişlerdir. Kadınlar ve erkekler, kadının çalışma yaşamını, geleneksel rollerini aksatması açısından olumsuz bulmaktadır. Kadınların çoğu evle ilgili işlerine zaman ayıramadıklarını, çocukları ile yeterince ilgilenemediklerini, ev işlerinin aksaması yüzünden eşlerinin tepki gösterdiklerini ve eşleriyle bu yüzden tartıştıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %63,4’ü için evlilik ve çocuk sahibi olma durumunda çalışma, ekonomik zorunluluk koşuluna bağlanmaktadır. Özellikle çocuk söz konusu olduğunda, çocuğa en iyi annesinin bakacağı düşüncesi kadınlarda öne çıkmaktadır (102).

Tüm bu araştırmalardan çıkan ortak sonuç şudur ki, geleneksel olarak toplumsal cinsiyet rolüne göre erkeğin görevi ekmek parasını kazanmak iken, kadının en önemli sorumluluğu çocukları büyütmek ve aile yaşamını sürdürmektir. Ancak kadınların eğitim düzeylerinin yükselmesi ile bu durum değişkenlik göstermekte olup, kadınlar daha fazla sayıda çalışma hayatına dâhil olmaktadır.

Eğitim seviyesi, özellikle kadınların rollerinde ve sorumluluklarında değişikliğe sebep olan önemli bir faktördür. Zira eğitim, kadına sonucunda bir mesleği de kazandırarak, onu hem aileye destek olan bir rolü gerçekleştirmeye, hem de karar mekanizmasında bilgi ve donanımı vasıtasıyla söz sahibi olmaya imkân tanıyan bir süreç hizmet etmektedir. Bir araştırmada eğitimin her iki cinsiyet üzerinde de ne kadar etkili olabileceği gösterilmiştir. Bu araştırmada, her iki cinsiyette de eğitim seviyesi artınca, erkeğin üstün olması ve evde sözünün geçmesi düşüncesine karşı tutum olduğu tespit edilmiştir. Okuma-yazma bilen ama okul bitirmemiş kadınların %33,3’ü, erkeklerin %50’si bu düşünceye karşı iken, yüksekokul

mezunu kadınların %89,4'ü ve yüksekokul mezunu erkeklerin %70'inin bu düşünceye karşı olarak yapılan çalışmalarda bulunmuştur (89).

Eğitimin özellikle kronik hastalıklar ile baş etmede de çok önemli bir yeri olduğu tartışılmazdır. Özellikle kronik diyaliz tedavisi gören hastalarda eğitim, hastanın tedaviye gösterdiği uyum ve tedavinin başarısı için vazgeçilmez bir unsurdur (2, 5, 6, 12). Kronik hastalıkların tedavisi, hastalığın kendisi kadar zordur. Bakımın kalitesi, ilaç tedavisi ve diğer tıbbi yöntemler hastaların hastalıklarını yönetme becerilerine dayanır. Hemodiyaliz hastalarında beden imajı ve yaşam biçiminde bozulma ve rol değişiklikleri söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamaktadır (8, 13, 16, 26, 56, 59, 63). Diyaliz hastalarında hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlar; uyum güçlüğü, davranışsal reaksiyonlar, organik beyin sendromları, anksiyete, depresyon ve seksüel sorunlardır (8, 25, 26, 31, 56, 59, 63, 68). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan birçok çalışmada yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon riski tespit edilmiş, depresyonun diyalizden ayrılmanın en önemli işaretçisi olduğu bildirilmiştir (58-61, 66-71). Bedensel ve psikolojik olarak uzun ve yorucu bir tedavi sürecine girecek olacak kronik böbrek yetmezliği olan hastaların tedavileri ile ilgili alacakların eğitimin başarısı için en azından okuryazar olmaları çok önemlidir. Bu hastalığın tedavisindeki basamakları doğru şekilde uygulayabilmesi ve hastalığı doğru şekilde algılayabilmesi için eğitimin önemli olduğu düşünülmektedir (26, 56, 59, 63, 66-72).

Hemodiyaliz hastalarında, eğitimsiz ve ağır yeti yitimi olanlarda depresyon riskinin daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir (58-61, 66-71). Mutlu ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların eğitim seviyesi arttıkça benlik saygısının yükseldiği izlenmiştir (143). Karabulutlu ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim seviyesinin artışına paralel olarak hastaların kendine güvenli yaklaşımı ve hastalığa iyimser yaklaşımı artarken, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım azalmaktadır (144). Aynı çalışmada cinsiyetin de bu parametreler üzerinde oldukça etkili olduğu izlenmiştir. Bu çalışmada erkek hastalarda kendine güvenli yaklaşım kadınlara göre daha fazla iken, çaresiz ve boyun eğen yaklaşım erkeklerde kadınlara göre daha az olarak saptanmıştır (144). Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini değerlendiren bir çalışmada ise öğrenim durumunun artmasına paralel olarak esenlik boyutu hariç genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği bildirilmiştir. Fonksiyonel durum puanının okur-yazar ve ortaöğrenim mezunu ile okur-yazar ve yükseköğrenim mezunlarında istatistiksel anlamlı farklılık

gösterdiği saptamışlardır. Esenlik puanının ilköğrenim mezunu olanlarda en düşük olduğu, bunu okur-yazar, ortaöğrenim ve yükseköğrenim mezunlarının izlediği, ancak farkın anlamlı olmadığı bildirilmiştir (145). Bu çalışmada da benzer şekilde artan eğitim düzeyi ile paralel şekilde esenlik boyutu, fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı (algı) ve global yaşam kalitesi puanlarının anlamlı şekilde yükseldiği saptanmıştır. Ünal ve arkadaşları da çalışmalarında artan eğitim düzeyi ile yaşam kalitesinin arttığını göstermişlerdir (146).

Bu sonuçlar eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin hastalıkları ile baş etme düzeneklerini etkin bir şekilde kullanabildiklerini göstermektedir. Eğitimin her alanda olduğu gibi kronik hastalıklar ve kanser gibi sonu ölümcül olan hastalıklar ile baş etmede çok önemli olduğu ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin kronik hastalığın tedavi sürecine daha iyi uyum sağladıkları izlenmektedir (5, 6). Bundan dolayı, sosyal statüye getirdiği artılarının yanı sıra eğitimin, insan hayatında vazgeçilmez bir unsur olduğu tartışılmaz bir şekilde tekrar karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle topluma, tüm bireylerin ve çocukların sorumluluğunu ve yükünü sırtlamış olan kadının özellikle eğitilmesi için büyük görevler düşmektedir.

Aileler ve toplum tarafından kadın ve kız çocuklarına verilen düşük değer, dünya istatistiklerinde okuryazarlık durumunda da belirgin olarak kendini göstermektedir. Son yıllarda önemli atılımlar yapılmasına rağmen, dünyada hala ilkokula başlamayan çocukların çoğunluğunu (2/3'ünü) kızlar oluşturmaktadır. Ayrıca hala 1 erkeğe karşı 2 kadın okuma yazma bilmemektedir (38, 111, 112, 146). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların okuma yazma ve okula gitme oranları gelişmiş ülkelere göre oldukça farklıdır. Dünya Ekonomik Forumu'nun "2014 Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu"na göre gelişmiş ülkeler grubuna giren Amerika, İngiltere, Kanada, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde okuryazarlık oranları birbirlerine eşit düzeylerde. Tüm bu ülkelerde kadın/erkek oranları birbirine eşittir ve bu ülkelerin hepsi 143 ülke arasında 22. sıralamayı paylaşmaktadır. Bu raporda okuryazarlık açısından Türkiye'deki kadın/erkek oranı 0,93 olarak gösterilmiş, ülkeler sıralamasında 102. sırada yer almıştır (131). Türkiye'de okuryazar olmayan nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı yıllar içinde azalma göstermiştir (111, 112). Ülkemizde 1935 yılında okuryazar olmayan erkeklerin oranı %70,7, kadınların oranı %90,2 iken, 2012 yılında okuryazar olmayan erkeklerin oranı %1,4; kadınların oranı ise %6,8'e kadar düşmüştür (112). Dünya Ekonomik Forumu'nun "2014 Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu"na göre ülkemizde kadın ve erkek arasında okuryazarlık (Kadın/Erkek: 0,93), ilköğretim (0,98) ve ortaöğretim (0,96) açısından çok fark olmamasına rağmen, ortaöğretim sonrası yükseköğretime devam etme durumunda erkek ve kadın arasında az da olsa fark bulunmaktadır (0,85) (131). Türkiye'de

yapılan kapsamlı geniş bir çalışmada da 2012-2013 öğretim yılında eğitim seviyelerine göre okullaşma oranlarında kadın ve erkek arasında fark gözlenmemiştir. Yükseköğrenimde okullaşma oranı 2012-2013 döneminde kadınlarda %38,4 iken erkeklerde %38,6 olarak bildirilmiştir (112). Türkiye, Dünya sıralamasında 143 ülke arasında ilköğretimde okullaşma oranında 103, ortaöğretimde 96 ve yükseköğretimde 107. sırada yer almaktadır (131).

Bu çalışmaya katılan tüm bireyler doldurdıkları anketlerin özelliğinden dolayı (SF-36) okuryazar olmak zorunda olduğundan bu çalışma grubu içindeki okuryazar olmayan grubu değerlendirmek mümkün olmamıştır. Eğitim düzeyi açısından değerlendirdiğinde kadınların erkeklere oranla eğitim düzeylerinin daha düşük olduğunu ve özellikle araştırma yapılan iller arasında belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların yüzde 64,7'si ilkokul mezunu veya okur-yazardır. Araştırma yapılan illere göre incelendiğinde ilkokul mezunu veya okur-yazar hastaların yüzde 75'ini araştırmaya Adana'dan katılan hastalar oluşturmakta, bu yüzdenin 80,7'sini kadınlar meydana getirmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda doğruya doğru gittikçe cinsiyet ayrımcılığının eğitim söz konusu olduğunda hala devam etmekte olduğu görülmektedir.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğünün yaptığı istatistikler ve Dünya Ekonomik Forumu'nun 2014 Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'ndaki istatistikler ile çalışmanın eğitim durumu açısından bulguları karşılaştırıldığında oldukça belirgin farklılıklar olduğunu görülmektedir (112,131). Bu çalışmada ilköğretimde kadınların oranı erkeklerden 1,5 kat fazla iken, ortaöğretimde tam tersi olduğu görülmektedir. Kadınların ortaöğretime devamı erkeklerin yarısı kadardır (Kadın/Erkek:0,55). Bununla birlikte yükseköğretime devam etmiş erkek ve kadın oranımız (0,86) Dünya Ekonomik Forumu'nun 2014 Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'ndaki ile neredeyse aynıdır (131).

Bu çalışmanın sonuçlarının, diğer kapsamlı istatistiksel çalışmalardan farklı olması iki şekilde açıklanabilir. Birincisi mevcut çalışma sadece küçük bir grubu temsil etmektedir ve bu veriler ile Türkiye genellemesi yapmak doğru olmayacaktır. İkincisi çalışmayı oluşturan hasta grubu kronik böbrek yetmezliği olan bireylerden oluşmaktadır, bu hastalık genellikle düşük sosyoekonomik seviyedeki bireylerde daha sık izlendiğinden (8, 25, 57), bu çalışma sonucunda elde edilen yüzdeler ile Türkiye'nin eğitim düzeyi ile ilgili genelleme yapmak doğru olmayacaktır. Bu yüzden çalışmanın sonuçları temel alınarak eğitimin sağlığa olan etkisini söylemek daha doğru olacaktır.

Bu çalışmada, hastaların eğitim düzeyinin; tedavi uyumuna, yaşam kalitesine ve hastalıkları ile baş etme konusunda etkili olduğu görülmüştür. Eğitimsizliğin özellikle kadınların sağlığı üzerine olan etkisini incelemek için yapılan son istatistiklere göre; doğum sayısının eğitim düzeyleri düşük olan kadınlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri, Nüfus ve Konut Araştırması (NKA) sonuçlarına göre 2011 yılında, 15 ve daha yukarı yaşta, en az bir evlilik yapmış, okuryazar olmayan kadınların %74,9'u dört ve daha fazla çocuk doğurmuş iken, ilkokul ve ortaokul mezunu kadınların sırasıyla %32,6 ve %13,4'ü dört ve daha fazla çocuk doğurmuştur. Bu yüzde lise mezunları için %4,8'dir. Bununla birlikte yükseköğretim mezunlarının %22,9'u hiç doğum yapmazken sadece %1,9'u dört veya daha fazla çocuk doğurmuştur (112,147).

Bu çalışmada da benzer şekilde artan eğitim düzeyi ile birlikte çocuk sayısının düştüğü izlenmiştir. Okuryazar/ilkokul mezunu kadınların %56,8'i, ortaokul mezunu kadınların %28,6'sı ve lise mezunu kadınların %6,3'ü dört ve daha fazla çocuk doğururken üniversite mezunu kadınların hiçbirisi dört veya dörtten fazla çocuk doğurmamıştır. Ortalama çocuk sayısına baktığımızda da aradaki fark belirgin olarak gözükmemektedir. Okuryazar/ilkokul mezunu kadınlarda ortalama çocuk sayısı $4,3 \pm 2,6$ iken, bu sayı ortaokul ($2,4 \pm 1,4$), lise ($1,9 \pm 1$) ve üniversite ($1,6 \pm 0,7$) mezunlarında gittikçe azalmıştır.

Eğitim ve doğurganlık arasındaki ters yönlü ve güçlü ilişki bilinmesine rağmen eğitimin doğurganlığı hangi yollarla etkilediğinin belirlenmesi aynı ölçüde kolay değildir. Zira doğurganlık üzerinde eğitimin doğrudan, dolaylı ve birleşik etkileri söz konusudur (148). Eğitim düzeyi işgücüne katılımı arttırmakta ve bunun sonucunda doğurganlık azalabilmektedir. Bunun yanında eğitim düzeyindeki artış, evlilik ve doğumu erteleyebilmektedir. Eğitim diğer yönden doğum kontrol yöntemleri kullanımında etkinlik sağlayarak aile planlama çalışmalarının başarısını da arttırabilmektedir. Eğitim ayrıca, kadının sosyal statüsünde ve aile büyüklüğüne yönelik kararlarında meydana gelen güçlenme gibi daha birçok sonuca yol açarak doğurganlığı azaltabilmektedir (149-151).

Amerika'da 1973-2004 yılları arasında yüksekokul hariç olmak üzere diğer eğitim düzeylerindeki artışın doğurganlığı kadın başına bir çocuk azalttığı saptanmıştır (150). Amerika'da artan eğitim seviyesi sonucu kadınların çalışmaya ve kariyer yapmaya yöneldiğini, bunun sonucunda ilk çocuklarını ertelediklerini ve bu durumun özellikle üniversite ve üzeri eğitim düzeylerinde daha baskın olduğunu vurgulamışlardır. Adresa ve Menendez Latin Amerika'da yedi yılın altında eğitime sahip kadınlardan yarısından fazlasının

on dokuz yaşında anne olduklarını, yüksekokul ve üzeri eğitime sahip olan kadınların ise ancak yirmi yedi yaşında bu seviyeye geldiklerini tespit etmiştir (151). Bu çalışmada da benzer bulgular saptanmıştır. Yedi yılın altında eğitim alan hastaların ilk doğum yaptıkları ortalama yaş $18,4 \pm 4,2$ (14-30) iken, ortalama ilk doğurma yaşı lise mezunlarında $23,8 \pm 2,8$ (19-30) ve üniversite mezunlarında $27,6 \pm 3,2$ (23-33) olarak bulunmuştur.

Weinberger, gelişmekte olan otuz sekiz ülkeyi kapsayan çalışmasında eğitimle birlikte doğum kontrol yöntemleri kullanımının arttığını vurgulamış, yedi yıl ve üzeri eğitim alan kadınların eğitimi olmayanlara göre dört yıl daha geç evlendikleri sonucuna ulaşmıştır (152). Benzer şekilde bu çalışmada da 7 yılın altında eğitim alanlar ile almayanlar arasında ortalama evlenme yaşı açısından 6-7 yaş fark olup, 7 yıldan az eğitim alanlarda ortalama yaş 17-18 iken, lise mezunlarında $23,8 \pm 4,9$ ve üniversite mezunlarında $25,7 \pm 3$ 'dür.

Weinberger, eğitimin doğurganlıkla ters yönlü ilişkisinin gelişmiş ülkelerde fazla, az gelişmiş ülkelerde daha az olduğunu belirtmiş ve bu durumun nedenini az gelişmiş ülkelerin demografik dönüşüm safhasının başında ve eğitim düzeylerinin düşük olmasına bağlamıştır (152).

Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmektedir. Dünyada 40-60 milyon; başka bir deyişle, her 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir. Özellikle gelişmekte olan çok sayıdaki ülkede yasa dışı olarak yapılan düşük işlemlerinin komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır. Anne ölümlerinin 1/3'ü ve kadınlardaki kronik hastalıkların önemli bir kısmı güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır (153). Artan her doğum sayısı ile annenin herhangi bir enfeksiyon veya kronik hastalığın oluşumuna hazırlayıcı etkenler ile karşılaşma riski artmaktadır (35, 38, 83). Bu durum çalışmaya katılan hasta grubuyla bağlantılı şekilde yorumlanır ise; eğitim düzeyi daha düşük kadınların genel sağlıklarına / böbreklerine zarar verebilecek yöntemlere başvurarak düşük yapmaları ve bunun sonucunda sıklıkla komplikasyon olarak gelişen böbrek yetmezlikleri, örnek olarak verilebilir (33, 35).

Ayrıca hızla artan adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri de özel dikkat gerektirmektedir. Adolesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki adolesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Bu çalışmada 18 yaşın altında ilk gebeliğini yaşayan hasta sayısı dikkat çekici şekilde çok sayıda olup, tüm doğum yapan kadınların %16,2'sini oluşturmaktadır. Adolesan

grubu oluşturan 13-16 yaş arası gebeliklerin ise %12,5 oranında izlendiği göz önüne alınırsa, halen adolesan gebeliklerin ülkemizde sorun olarak devam ettiği söylenebilir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır (35, 38, 39,153).

Erkek ve kadın bireylerin sağlık hizmetine ulaşma konusunda da farklılıklar yaşadığı konusu çoğu kez gündeme gelmektedir (38, 83). Dünyanın değişik yerlerinde durum farklı olmasına rağmen sağlık hizmeti elde etmede cinsiyet farklılığının olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Dünyanın belirli bölgelerinde kadın ve kızlar için aile üyelerinin daha az sağlık harcaması yaptığı bilinen bir gerçektir. Bu sonuçta onların hem düşük sosyal statülerini hem de karar verme güçlerinin yetersizliğini yansıtır. Parayı genellikle erkekler kontrol eder. Bu sağlık bakımına ulaşmada ve harcama yapmada kadınları engeller. Sağlık bakımına ulaşmada finansal zorlukların yanında gelenek ve kültürel değerlerin de etkisi vardır. Örneğin; kadının yalnız dışarı çıkmasının engellenmesi ve erkek hekim muayenesinin kabul edilmediği durumlarda kadın sağlık hizmetine ulaşamaz. Eğitim eksikliği özgüveni olumsuz olarak etkilediği gibi aynı zamanda kadının kendisine olan saygısını da azaltarak kadının kendi vücudunu tanıyarak sağlık bakımı ihtiyaçlarını doğru bir şekilde saptamasını engeller (35-41, 83).

Kuşkusuz sağlık hizmetlerinin kullanımı azaldıkça kadın sağlığının morbidite ve mortalite yönünde ne ölçüde olumsuz etkileneceği de ortadadır. Kadının "toplumsal cinsiyet" bağlamında yaşadığı eşitsizlikler, ayrımcı uygulamalar onun yaşama hakkını bile kullanamamasına neden olmaktadır. Dünyanın değişik yerlerinde durum farklı olmasına rağmen sağlık hizmeti elde etmede cinsiyet farklılığının olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Sağlık bakımı açısından en acil özellikle ele alınması gereken konu ekonomik nedenlerdir. Bu ekonomik nedenlerin en önemlisi ise yeterince parası olmayanların tıbbi yardım alamaması konusudur. Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi zengin ülkelerde bile fakir kadınlar aynı sosyal gruptaki erkeklerden daha az sağlık bakımına ulaşmaktadır (35-41, 83, 92, 153).

Kronik hastalıklarda erken tanı büyük önem taşımaktadır. Özellikle kronik böbrek yetmezliğinde erken tanı böbreğin geri kazanılma şansı açısından çok büyük önem taşımaktadır. Genelde başka sebeplerden hastaneye gelen hastalara kronik böbrek yetmezliği tanısı konmakta, tanı konduğunda böbreğin geri kazanılma şansı çok az ya da hiç kalmamaktadır (8, 12, 20). Erken tanı hastanın şikâyetler başlar başlamaz ilgili konuda uzman

olan bir doktora görünmesi ile mümkün olmaktadır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en önemli göstergelerinden biri olan sağlık hizmetlerinden zamanında yararlanamama bu çalışmanın sonuçlarında da açık bir şekilde görülmüştür. Kadınların %62,1'i şikâyeti başlar başlamaz doktora gittiklerini belirtirken, erkeklerin %94'ü doktora hemen gittiğini beyan etmiştir. Kadın hastaların önemli bir kısmı ancak şikâyetleri dayanılmaz olduğunda doktora gittiklerini belirtmişlerdir. Araştırmanın yapıldığı iller bazında bu konu ele alındığında istatistikî olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kadın sadece cinsiyeti nedeni ile hizmetlerden yararlanma açısından geri kalmaktadır. Ana rahminde başlayan cinsiyet ayrımcılığı doğduğu andan itibaren sürdürülmekte, sağlık ihtiyaçları göz ardı edilmektedir. Özellikle sağlık alanında uygulanan bu ayrımcılık kimi zaman kadının hayatına mal olmakta kimi zaman da geri dönüşü olmayan hastalıklar ile hayatını sürdürmek zorunda kalmasına yol açmaktadır.

Cinsel kimlik ayrımcılığına bir diğer örnek ise pek çok geleneksel toplumda hala mevcut olan kadına “*Bekâret denetimi*” yapılmasıdır. Kadının evlilik öncesi cinsel ilişkisi tümü ile yasaklanırken, aynı toplumlarda erkeğin evlilik öncesi ilişkisi aksine teşvik edilmektedir (83, 154). Evlilik öncesi cinsel ilişkiye giren kadınlar bu toplumlarda çoğu kez bedelini yaşamını kaybederek ödemektedir. Sözde namus gerekçesi ile işlenen “*namus cinayetleri*” nedeni ile hem ölen hem de öldüren aynı aileye ait kadın ve erkek iki bireyde “toplumsal cinsiyet rolleri” nedeni ile zarar görmektedir, ne var ki kadının yaşam hakkı elinden alındığından kaybı daha fazladır (83, 155-159). Kızların zorla bekâret muayenesine götürülmesi ise günümüzde halen yaşanan cinsiyet ayrımcılığı bazında ayrı bir sosyolojik fenomendir (159-160).

Kadın bedeniyle ilişkilendirildiği iddia edilen “namus” dolayısıyla cinsellikle sıkı bir bağlantı içindedir ve hiç kuşkusuz devletin de cinsellik adına söyleyeceği çok fazla şeyi vardır. Michel Foucault’un “Cinselliğin Tarihi” adlı kitabında üzerinde sıkça durduğu üzere, devletin cinsellik hakkındaki konuşmaları toplumu neyi, nasıl, nerede yapması ya da yapmaması hakkında yönlendirir, yargılar (160, 161).

Bekâret ve bekârete yüklenen anlamlar dâhilinde yapılan tıbbi olmayan sosyo-kültürel bekâret muayeneleri, kadınların cinselliklerini hangi sınırlar içerisinde yaşadığına örnektir. Özyeğin’in 2002-2004 yılları arasında Boğaziçi Üniversitesi öğrencileri arasında yaptığı çalışma, 19-23 yaşları arasındaki 29 kadının bekârete yönelik tutumlarını ölçmeye yöneliktir (162). Namusun geleneksellikten modernizme terfisi çalışmada öne çıkmaktadır. Kızlık zarının kontrolü ve sorumluluğu aile, akraba, arkadaş ve komşulardan bireyin sorumluluğuna

bırakılmıştır. Böylelikle, kızlık zarı biyolojik taşıyıcısı olan vajinadan kaydırılarak tüm bedene yerleştirilmektedir. Bu yolla beden “kızlık zarına dönüştürülmekte” ve kadın olarak adlandırılan beden üretilmektedir (155, 159, 160, 163).

Kadının iffeti, ailenin namusuyla iç içedir ve erkek (baba, ağabey ya da koca) kadının namusundan sorumludur. Bu düzende kadın, “namuslu” olarak nitelendirilen davranışlara uymak zorundadır, erkek ise kadının bu davranışlara uymasını sağlamak zorundadır. Toplum, bireylere nasıl yaşayacakları, neler yapmaları ya da yapmamaları gerektiği konusunda, günlük hayatlarından cinsel yaşamlarına kadar her alanda birtakım dayatmalarda bulunur. Bu dayatmalardan biri, kadının evlenirken bakire olmasıdır. Kadının bekâretini koruması ve hatta herkesten kadının bekâretinin korunması beklenir (90, 154-159, 161-163).

Başkent Üniversitesi Ankara, İstanbul ve Adana Hemodiyaliz Merkezleri’nde yapılan çalışmada elde edilen veriler sonucunda, kadını biyolojik özellikleri nedeni ile yüzyıllardır “namus” başlığı altında kısıtlayan “bekâret” konusunun halen anlamlı bir şekilde önem taşımakta olduğunu görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı illere göre bu anlayış farklı yüzdeler ile kendini göstermekte; evlenmeden önce bir kadının cinsel ilişkide bulunması halen tabu olarak görülmektedir. Adana’da hemodiyaliz tedavisi gören hastalar cinsiyet farkı olmaksızın “Evlilik söz konusu olduğunda bekâret önemlidir” sorusuna yüzde yüze yakın “katılıyorum” cevabını vermişlerdir (Kadın:%100; Erkek:%93,9). Söz konusu önerme ile ilgili olarak Ankara’dan katılan hastaların yüzde 53,7’si, İstanbul’dan katılanların %70,5’i bekâretin önemli olduğuna katıldıklarını beyan etmişlerdir. Adana’nın coğrafi konumu, doğu kültürüne yakın bir il olması ve ilin yaşam şekli, bu şehirden katılan kadın ve erkek hastaların eğitim düzeylerinin daha düşük seviyelerde saptanması ile “bekâret” olmalı konusundaki %100’e varan sonuç hiç şaşırtıcı bulunmamıştır. Türkiye’nin en büyük şehri olması, sanayinin merkezi haline gelmiş olmasına rağmen halen en çok iç göç alan şehir olması itibari ile İstanbul’un bekâret konusundaki yaklaşım açısından yüzde 70 ile ikinci gelmiş olması da beklenen bir sonuçtur. Türkiye Cumhuriyeti’nin başkenti ve ikinci büyük şehri Ankara üniversite öğrencileri ve devlet memurlarının şehri olarak tanımlanmaktadır. Eğitim düzeylerine göre üç ile bakıldığı zaman araştırmaya en çok üniversite mezunu Ankara’dan katılmıştır. Katılan hastaların eğitim farkları kendilerini özellikle “bekâret” ile ilgili önermede göstermiş; Ankara %53,7 (Kadın: %48,1; Erkek: %59,3) ile bu konuda en düşük orana sahip şehir olarak bulunmuştur.

Eğitim düzeyinin namus ve bekâret konusuna bakışı değiştirdiğini destekleyen diğer bir çalışma ise doğu Anadolu bölgemiz sınırları içinde kalan ve Ankara ve İstanbul gibi büyük metropollere göre oldukça tutucu ve gelenekçi yaşam şekline sahip Kars'da yapılmıştır (164). Kars ilinde yer alan Kafkas Üniversitesi'nde lisans öğrenimine devam eden son sınıf öğrencileri arasında cinsiyet rollerine ilişkin bakış açılarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, “Bir erkeğin evleneceği kadının mutlaka bakire olması gerekir” önermesine erkek öğrencilerin % 69,9'u katılırken, bu önermeye kız öğrencilerin sadece % 39,8'i katılmıştır. Bu yüzdelere bakıldığında, Kars ilinin gelenekçi bakış açısından eşdeğeri olabilecek Adana ilindeki oranlardan çok daha düşük olduğu ve neredeyse Ankara ilindeki oranlara yakın olduğu izlenmektedir. Bu sonuçlar ile benzer şekilde Öztürk'ün 500 üniversite öğrencisi üzerinde aynı konuda yaptığı araştırmada da öğrencilerin % 55'inin evlenecekleri bayanda bekâretin önemli olduğunu belirttikleri saptanmıştır (165). Kömürcü tarafından yapılan bir araştırmada (166) ebe ve hemşirelerin % 66'sının ve Gürsoy'un araştırmasına (167) katılan ebe ve hemşirelerin ise % 56'sının bekâretin önemli olduğunu belirttikleri bulunmuştur.

Eğitim, erkeğin kadın üzerindeki baskısını ciddi anlamda azaltmasına ve kadının daha özgürleşmesine olanak vermektedir. Bekârete ve namusa bakış açısından da bunun ne kadar önemli olduğunu görmemize rağmen halen cinsellik konusundaki toplumsal bakış erkek egemen olup, gerektiği kadar geleneksel bakıştan kurtulamamıştır. Cinsellik kadınlar için tabu iken, erkekte durum farklıdır. Kadınlar için evlilik öncesi cinsel birlikteliğin kabul görmediği toplumlarda erkekler için cinsel özgürlük vardır. Halk arasında “Erkeğin elinin kiridir, yıkayınca geçer” ya da “Erkek adam aldattır” şeklindeki ifadeler toplumsal kabulün göstergesidir. Böylece kadının namus ve şerefi erkekler tarafından kontrol edilen ve denetlenen aynı zamanda erkeğin toplumsal konumunu belirleyen bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır.

Başkent Üniversitesi Ankara, İstanbul ve Adana Hemodiyaliz Merkezleri'nde yapılan çalışmada erkeklerin evlilik olmadan cinsel ilişkide bulunabilme özgürlüğü ile ilgili önermede yukarıdaki saptamaları destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Adana gibi doğu kültürüne daha yakın kapalı toplumlarda özellikle cinsellik söz konusu olduğunda cinsiyet ayrımcılığının ne kadar belirginleştiğini bize bir kez daha göstermiştir. İlginç olan bekâretinin önemini %100'e yakın savunan Adana grubu konu erkeklerin evlilik dışı ilişki yaşama haklarına geldiğinde bunu %82,9 gibi yüksek bir yüzde ile kabul etmiş olmasıdır. Kadınlara cinselliği yasaklayan Adana grubu cinselliği erkekler için hak olarak görmüştür. Diğer ilginç bir bulgu Ankara grubunda bekâretin önemi 53,7 yüzdesi ile kabul görürken;

erkek cinselliğinin evlilik olmadan yaşanabilir önermesinin de %37 ile kabul görmesidir. İstanbul'da ise bu oran toplamda % 28,6'da kalmıştır. Bu bulgular coğrafi yerleşim doğuya doğru gidildiğinde toplumsal normların daha fazla kabul gördüğünü düşündürmektedir. Bu normların kabulü ve gerçekleşmesi arttıkça kadının erkek karşısında yaşadığı ayrımcılık da artmakta, toplumsal cinsiyet rolleri nedeni ile kadının erkek karşısında ikinci sınıf muamele görmesi de olağan karşılanmaktadır (154-158). Sonuçta kültür, din ve sosyolojik yapılar nedeni ile bu kadının kendisini erkek ile kıyasladığında hiç sorgu olmadan kabul ettiği bir durumdur. Eğitim kadının erkek karşısındaki durumunu sorgular hale getirip, ayakları üzerinde durmasını sağlamaktadır. Araştırmada hem eğitim hem de ikamet edilen ilin sosyolojik yapısının, coğrafi konumunun toplumsal cinsiyet rolleri açısından araştırma grubundaki belirgin farklılıkları açıklayabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada hastaların toplumsal cinsiyet rollerine bakış açıları Türkiye'de kadınlara toplum tarafından atfedilen roller söz konusu olduğunda bölgesel farklılıkların önemli olduğunu göstermektedir. Sadece toplum tarafından kadına atfedilen roller değil, aynı zamanda kadın olarak toplumsal baskılar, normlar ve gelenek göreneklerin beraberinde getirdiği yükümlülükler konusunda da Ankara, İstanbul ve Adana arasında büyük farklar görülmektedir. Kadın eğitimi ne olursa olsun toplumun kendisine tayin ettiği rolleri kabullenmekte, yaşadığı şehrin sosyokültürel kimliğine göre özel yaşantısını normlar çerçevesinde sürdürmektedir.

Kız ve erkek çocukların yetiştirilmeleri sırasında ve her türlü eğitimlerinde, namusun cinsellikle eş tutulması, kadına ait bir kavram olarak algılanması ve kabul görmesi önem taşımaktadır. Oysa bu görüş ve toplum düzeni; kadının özgürlüğünü kısıtlamakta erkeğin cinsel yaşamını ise kışkırtmaktadır. Kadının kişiliğini, yaşamını derinden etkileyen bu baskı aslında bir tür psikolojik şiddettir. Kadın, toplumun kendisine biçtiği bu role uygun davranmak adına, kendi özgürlüğünün kısıtlanmasına ve daha da kötüsü herkes tarafından denetlenmesine izin vermek durumunda kalmaktadır. Namus kavramının kadın bedeni ve cinselliğiyle bütünleştirilmesi, kadını şiddetli bir baskı altına sokmaktadır (154-159).

Kadına karşı cinsiyet temelli uygulanan, sağlık sonuçları son derece ciddi olan diğer çarpıcı psikolojik ve bedensel şiddet örneklerinden biride, Somali ve Mısır gibi bazı ülkelerde cinselliği engellemek için kız çocuklarına uygulanan “*kadın sünneti (female genital mutilation)*”dir. Kadın sünneti kız çocuklarına hiçbir gerekçe olmadan tamamen cinselliği

engellemek için yapılan bir işlem olup, bu uygulamada kız çocuğu kanama ve enfeksiyondan kaybedilmez ise ileride cinsel ilişki ve doğumda çok ciddi sağlık sonuçları yaşamaktadır (83).

Kadına karşı şiddet ya da toplumsal cinsiyet temelli şiddet bir bütün olarak kadının insan haklarının ihlali (154-159). Dünya sağlık örgütü kadına uygulanan şiddeti fiziksel, psikolojik veya cinsel hasara yol açan her türlü davranış olarak tanımlanmıştır (36). Yukarıda ayrıntılı olarak değinilen kadın sünneti, bekâret kontrolü ve bunların sonucu olarak ortaya çıkan töre ve namus cinayetleri kadına yapılan en acımasız psikolojik ve fiziksel şiddetlerin başında gelmektedir (155-159). Değişik şekillerde ve derecelerde şiddete maruz kalan kadın tamiri imkânsız ruhsal ve fiziksel hasara uğramakta ve hatta hayatını kaybetmektedir.

Kadına karşı yapılan psikolojik ve fiziksel şiddet kişiyi ruhsal hastalıklar için de yüksek risk altına sokar. Doktora karın ağrısı, sırt ve bel ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk-halsizlik, eklem ağrıları gibi çok değişik şikâyetler ile başvuran kadınların birçoğunda yapılan araştırmalarda ortak nokta bedensel ve organik bir hastalık ile açıklanamayan psikolojik yakınmalardır. Kadına karşı şiddet, bizzat kadınların da içerisinde olduğu toplum tarafından aile yaşamının olağan bir yönü olarak algılanmaya devam etmektedir. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda katılımcı kadınlara, yemeği yakması, kocasıyla tartışması, lüzumsuz para harcaması, çocukların bakımını ihmal etmesi veya cinsel ilişkiyi reddetmesi hallerinde kocanın eşini dövmekte haklı olup olmayacağı sorulmuştur. Toplamda, kadınların yüzde 13'ü bu sebeplerden en az birini kadının dövülmesi için haklı bir gerekçe olarak görmüştür. Bu değerlerin yüzde 21,6 ile Güneydoğu Anadolu'da ve yüzde 22 ile Doğu Anadolu'da çok daha yüksek olduğu gözlenmiştir (168).

Bölgeler arasında belirtilen bu farklılık bu çalışmada da belirgin olarak izlenmiş olup, *"Bir kadın kocasından dayak yiyorsa bunu hak etmiştir"* önermesini doğru bulan hastaların oranı Ankara'da %16,7 ve İstanbul'da %9,5 iken, Adana ilinde %64,8 gibi çok yüksek oranda saptanmıştır. Adana'da bu önermeyi kabul eden kadın (%62,7) ve erkeklerin (%67,1) yanıtlarının yüzdeleri birbirine çok yakın bulunmuştur. Adana ilindeki bireyler kadın ve erkek fark etmeksizin kadına yapılan şiddeti, aile yaşamının olağan bir yönü olarak algılamaya devam etmektedir.

TÜİK'in 2013 Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri de Türkiye'nin kadına şiddet konusunda halen ne kadar kötü durumda olduğunu göstermektedir. Tüm Türkiye geneline bakıldığında, kadınların %41,9'u yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel veya cinsel şiddetten herhangi birini yaşamaktadır (112). Bu yüzde İstanbul için %39,4 iken, Orta Anadolu, Batı Karadeniz,

Kuzeydoğu Anadolu, Güneydoğu ve Ege bölgesi için sırasıyla %52,8, %46,6, %57,1, %51,1 ve %26,2 olarak bildirilmiştir. Bu oranlar çok yüksektir ancak şiddette uğrayan kadınların sayısının bundan daha da fazla olduğu düşünülmektedir. Özellikle Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu gibi bölgelerimiz başta olmak üzere aile içi şiddet olaylarının pek azı resmi kayıtlara geçmektedir, çünkü bu konuların resmi mercilere bildirilmesi, bildirimde bulunan kadına yönelik namus cezasına yol açabilecek, kendi içerisinde utanç verici bir eylem olarak görülmektedir.

Kadına şiddet açısından bu yüzdeler, Türkiye için utanç kaynağıdır ve acilen çözülmesi gereken sorunların başında gelmektedir. Toplumsal cinsiyet sorunlarının hepsinde olduğu gibi kadına şiddet konusunun iyileştirilmesinde de en önemli basamak eğitimidir. TÜİK istatistiklerine göre yaşamın herhangi bir döneminde maruz kalınan fiziksel veya cinsel şiddetten herhangi birinin yaşanmasına ilişkin oranlar kadının eğitim düzeyinin artması ile azalmaktadır. Eğitimi olmayan veya ilköğretimi bitirmemiş kadınların %55,7'si yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel veya cinsel şiddetten herhangi birini yaşarken, lise ve üzeri eğitimi olan kadınların uğradıkları fiziksel veya cinsel şiddet oranları %27,2'dir (112).

Siyaset, karar mekanizmalarında yer almak geleneksel olarak erkek işi olarak kabul edilmektedir. 20. yüzyıla kadar birçok demokraside kadınlar, oy hakkı bile elde edememişlerdir (100, 138, 139). Siyasi alandaki bu cinsiyet ayrımcılığından dolayı kadınların ülke yönetiminde karar mekanizmalarına katılımı çok düşük sayılarda olmaktadır (169). Kadınlar kullanılan oyların yarısına sahip oldukları halde, tüm dünyada parlamentoda %14,2, kabinede bakan olarak sadece % 6 koltuğa sahiptirler (38). Siyasi alandaki toplumsal cinsiyet ayrımı ülkelere ve kültürlere göre büyük farklılıklar göstermektedir (170-172). Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu 2012 yılı veri tabanına göre parlamentoda kadın milletvekili sayısı en yüksek olan ülke İsveç'tir (%44,7). Bu ülkeyi sırasıyla Finlandiya (%42,5), Hollanda (%40,7), İzlanda (%39,7), Norveç (%39,6) ve Danimarka (%39,1) izlemektedir. Türkiye'de ise kadın milletvekili oranı %14,4 olup, gelişmiş 45 ülke arasında 39.sırada ve Dünya Ekonomik Forumu'nun 2014 Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporuna göre ise Türkiye 142 ülke arasında 98.sıradadır (131). Türkiye için bu sayı, hem arzu edilen eşit temsilden çok uzak, hem de Parlamentolar arası birlik (Inter Parliamentary Union) tarafından hesaplanan dünya ortalamasının (yüzde 18,4) altındadır. İlginç olarak medeniyetin önemli ülkeleri olarak anılan İngiltere (%22,3) ve Amerika Birleşik Devletleri'nde de (%16,9) kadınların temsil yüzdeleri ideal olması gerekenden çok gerilerdedir. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nin oranı Parlamentolar arası birlik

tarafından hesaplanan dünya ortalamasının altında olup Amerika 142 ülke arasında 83. sırada yer almaktadır. Bununla birlikte doğu ve oryantal kültürün hâkim olduğu Suudi Arabistan sıralamada 74. sırada olup hem Amerika hem de İrlanda ile Rusya'nın önünde yer almaktadır (131).

Kadınların mecliste temsili Türkiye'de hâlâ siyasi partilerin üst yönetim kurullarının ve liderlerinin keyfî uygulamalarınca belirlenmektedir. Ülkelerin eğitim düzeyinin artışına paralel şekilde siyasetteki cinsiyet ayrımcılığının azaldığı dikkati çekmektedir. Bazı Afrika ve Arap ülkelerinde parlamentoda hiç kadın bulunmaması, bu ülkelerdeki kadın eğitim düzeyinin düşük sayılarda olması ile açıklanabilir. Ancak Japonya ve Amerika gibi eğitim düzeyi yüksek bazı ülkelerde de kadınların ülke yönetimindeki temsiliyetin düşük yüzdelerde izlenmesi eğitimin tek başına bir kıstas olmadığını, ülkenin kültürel altyapısının esas belirleyici faktör olduğu izlemine oluşturmaktadır. Japon Kongresi'ndeki kadın yüzdesi %2'nin altında (169,170) iken, Amerika Birleşik Devletlerinde bu sayı yaklaşık %13'ler seviyesindedir. Bu gelişmiş iki ülkenin siyasetteki kadın temsiliyet oranları Finlandiya, Norveç ve İsveç gibi diğer gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir (170,171).

Kanun yapıcılar arasında kadınların durumu incelendiğinde, Türkiye 135 ülke arasında 98'inci sırada yer almaktadır. Bu alanda Türkiye; Gana, Zambiya, Suriye, Uruguay, Mısır, Yemen, Suudi Arabistan Japonya Ermenistan gibi 37 ülkeyi geride bırakmaktadır Müsteşar, vali, genel müdür, daire başkanı gibi üst düzey kadın memur oranı 2013 yılında %9,3'dür. Büyükelçi unvanına sahip kadınların sayısı 2001 yılında %6,2 iken, 2013 yılında bu değer %12,1'e yükselmiştir. Kadın cumhuriyet savcısı sayısı 2001 yılında %3,5 iken, 2013 yılında %6,6'ya yükselmiştir. Kadın hakim yüzdesi, 2001 yılında %39,5 iken, 2013 yılında %36,3'e düşmüştür (131).

Araştırmaya katılan hastaların siyaset ve ülke yönetimi içindeki toplumsal cinsiyet kimliklerine bakışlarını görebilmek adına “kadının siyasette erkek kadar başarılı olup olmayacağı” önermesi sorulmuştur. Bu önermeye sadece Ankara ve İstanbul'dan katılan hastaların verdikleri cevaplar istatistiksel olarak anlamlı çıkmış; Adana'da verilen cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ankara'da hemodiyaliz tedavisi uygulanan KBY hastalarının yüzde 63'ü kadınların da siyasette erkekler kadar başarılı olabileceğine inandıklarını belirtmişlerdir. Bu önermeye katıldıklarını belirten hastaların cinsiyetine göre ayrımlarına bakıldığında, Ankara'daki kadınların yüzde 72'si, erkeklerin yüzde 53'ü kadınların da siyasette erkekler kadar başarılı olacağı önermesine katıldıkları görülmektedir.

İstanbul’da ikamet ederek hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların bu yönergeye verdikleri cevap da yüksek bir oran teşkil etmektedir. İstanbul’dan katılan tüm hastalar arasında toplamda %74,3; cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde kadınların %81’i; erkekler %67’si kadınların siyaset alanında erkekler kadar başarılı olacaklarına inanmaktadırlar. Adana’dan verilen cevapların sadece yüzde 30 civarında kalması erkeklerin yapabilecekleri işler listesinde yer alan en önemli maddelerden biri olan politika söz konusu olduğunda, görüşlerin yaşanılan şehre göre fark ettiği görülmektedir.

Ankara Türkiye Cumhuriyeti’nin başkenti olarak siyaset ve politikanın merkezi olduğundan, İstanbul da siyaset ve ekonomi döngüsünün başşehri olması nedeniyle bu şehirlerden katılan hastaların bu önermeye olumlu cevap vermesi şaşırtıcı değildir. Adana nispeten siyasetten uzak ve doğu kültürüne daha yakın bir şehir olması itibariyle kadınların siyaset içinde olma fikrine henüz diğer iki büyük şehir kadar açık değildir. Bu sonuçlarda bir kez daha bölgesel kültürlerin, anane ve geleneklerin toplumsal cinsiyet ayrımcılığında ne kadar önemli olduğunu bir kez daha vurgulanmıştır.

Kronik böbrek yetmezliği hastalığı tanısı aldıktan sonra hemodiyaliz tedavisi uygulanan erkek ve kadınlar tedavinin şekli nedeni ile sağlık merkezi ve sağlık personeline bağımlı hale gelmektedirler (61, 71, 72, 74, 80). Bu çalışmada da merkezlerden çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu, merkez ve cinsiyet gözetmeksizin, tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissediyorum cevabı vermişlerdir. Bu durum tüm hastalarda kadın (%86) ve erkek (%84,3) sıklıkla belirtilen bir duygu durumu olarak karşımıza çıkmıştır. Benzer şekilde birçok çalışmada hastalar hastane ve tedavi ekibine bağımlı olduğunu vurgulanmıştır (57, 66, 73, 74).

Kronik böbrek yetmezliğine neden olan hastalık sonucu veya kronik böbrek yetmezliği nedeni ile ortaya çıkan diğer kronik hastalıklar ile baş etmek zorunda kaldıklarından, hemodiyaliz hastalarının yaşam şekilleri tamamen değişmek zorunda kalabilmektedir. Değişen yaşam şekli ve tedavinin niteliği hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu değişim sırasında psikolojik destek alan hastalar yeni yaşamlarına alışma sürecinde eskiden kendilerine keyif veren birçok alışkanlıklarını bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Tüm yaşam şeklini değiştirmek zorunda kalabilen hasta için duygusal ve fiziksel sorunlar hastalığın tanısından itibaren ortaya çıkmaktadır (61, 71, 72).

Hastanın cinsiyetinin önemi tanı konduktan sonra hastanın yaşam şeklinin değişmesi sırasında ortaya çıkmaktadır. Bir diyaliz seansı sonrasında oldukça halsiz olan ve dinlenme

ihtiyacı duyan Kronik Böbrek Yetmezliği hastası, cinsiyeti nedeni ile dinlenmesi gereken süre içerisinde dinlenmek yerine kendisine toplum tarafından atfedilmiş görevleri icra etmektedir. Erkekler, hasta oldukları için üzerlerindeki yükleri atabilirken, kadınlar toplumsal cinsiyet kimliğinin getirdiği yükleri taşımak zorunda kalmaktadırlar. Çocuk bakımı, ev işleri, hasta bakımı sadece biyolojik cinsiyeti yüzünden kadının görevi olarak kabul edilmekte; kadının hasta olması bu görevlerin üzerinden alınmasını gerekli kılmamaktadır. Haftada üç gün üçer saat bir merkezde hemodiyaliz uygulanan erkekler seans sonrasında eve gidip uyumak veya arkadaşları ile buluşma tercihlerini uygulama özgürlüğüne sahipken, kadın eve gidip çocuklar ile ilgilenmek, ev işi yapmaktadır (66, 68, 71-74).

Yaşam kalitesini çok önemli ölçüde etkileyen hastaların "*Diyaliz seansı sonrasında ne yaptıkları*" araştırıldığında bizim çalışmamızda da diğer çalışmalar ile benzer veriler saptanmıştır. Çalışmamızda tüm hastalar merkez ve cinsiyet fark etmeksizin hemodiyaliz seansı sonrası ilk olarak tercih ettikleri eylemin uyumak olduğunu belirtmiştir. Ancak uyumayı takiben ikinci eylem olarak kadınların büyük çoğunluğu (%70) ev işi yaparken, tüm merkezlerde erkeklerin hepsinde (%100) ikinci sırayı aile bireyleri veya arkadaşları ile buluşma almaktadır. Erkek hastalar hemodiyaliz seansı sonrası çocuklar ile ilgilenmez iken, kadınlar çocukları ile ilgilenmek zorunda olduklarını belirtmişlerdir.

Uygulamanın niteliği nedeni ile seans sonrasında hasta dinlenme veya uyuma ihtiyacı hissetmektedir. Bu ihtiyaç kanın temizlenmesi sırasında hastanın halsiz kalması ve üç saat boyunca makineye bağlı kalmanın beraberinde getirdiği psikolojik yük nedeni ile ortaya çıkmaktadır (65, 66, 70). Bu nedenle bu çalışmada izlendiği üzere hastaların cinsiyet fark etmeksizin hemodiyaliz seansı sonrası ilk tercih ettikleri eylem uyumaktır. Ancak uyumayı takiben yaşamın devamında tercih edilen eylemler üzerinde, çalışmanın verilerinden de anlaşılabacağı üzere, önemli bir toplumsal cinsiyet etkisi dikkati çekmektedir. Sadece erkek olarak doğduğu için hasta dinlenme ve arkadaşları ile zaman geçirme ayrıcalıklarına sahipken, kadın hastalar toplumsal cinsiyet bazlı görevleri nedeni ile yeteri kadar dinlenme ayrıcalığına sahip olamamaktadırlar. Kadın hastaların hemodiyaliz seansı sonrası eve gitmek ve dinlenmek, ev işi yapmamak gibi bir durum akıllarına bile gelmemekte; bunu doğal bir yükümlülük olarak kabul ettikleri için bu konuda şikâyet etmemektedirler (18, 26, 27). Tedavi sürecinde kadının doğumla birlikte gelen yaşam süresinin erkeğe göre daha uzun olma şansı, toplumsal cinsiyet bazlı görevlerinin yaşam kalitesini düşürmesi nedeniyle azalmaktadır.

Sosyal hayat içerisinde birçok ayrıcalığa sahip olan erkek, hastalık söz konusu olduğunda yine ayrıcalıkların olduğu bir ortamda yaşamını sürdürmektedir. Sosyal hayat içerisinde eğitim, özel yaşam, iş hayatı gibi alanlarda kısıtlılıklar yaşayan kadın hastalandığında da hiçbir ayrıcalık yaşamamakta, hastalığın seyri ile birlikte eski hayatını sürdürmekte ve toplumsal cinsiyetin getirdiği tüm yükümlülükleri yerine getirmektedir.

Yaşam kalitesini doğrudan etkileyen kronik hastalıklar söz konusu olduğunda toplumsal cinsiyet kimliği ve rolleri nedeni ile kadının yaşam kalitesi iki kat düşmektedir. Bu durum bu çalışmada da saptanmış olup, yaşam kalite ölçeği olan SF-36 bileşenlerin hepsinde merkezlerin olduğu şehirler fark etmeksizin kadınlar erkeklerden istatistikî olarak anlamlı şekilde daha düşük puanlar almışlardır. Bu çalışmanın bulguları bazı araştırma sonuçları ile paralellik (145,173-176) gösterirken, bazı çalışmalar ile zıtlık (177-181) göstermektedir. Kadınların hemodiyaliz uygulaması sonrasında “ev işi yapmak” zorunda kalmaları her şehirde istatistiksel olarak anlamlı ve çok yüksek oranlarda çıkmıştır. Araştırma yapılan iller arasında farkın olmadığı görülen nadir maddelerden birini oluşturan “ev işi yapmak” önermesi, kadının eğitimi, statüsü, yaşadığı şehirden bağımsız olarak sağlığı nasıl olursa olsun toplumsal cinsiyet kimliğine işlenmiş, sorgulanmayan ve değişmeyen bir görev olarak uygulamalara yansımaları araştırmanın önemli bulgularındandır.

Kadının asla sağlığına kavuşamayacağı ancak belli önlemler ve tedavi yöntemleri ile hayatını belirli bir seviyede sürdürebileceği kronik bir hastalığa sahip olması kadının yükünü, görevlerini azaltmıyor; erkeğin yaşadığı “ayrıcalıklı olmak” konumuna gelmediği, toplumsal cinsiyet rollerinin gerektirdiği görevleri devam ettirirken yaşam kalitesinin düştüğü söylenebilir.

Tüm bunlara ek olarak toplumsal cinsiyetin etkisi hasta bakımında da ortaya çıkmaktadır. Hasta erkek olduğunda evde kendisi ile ilgilenen kişi yine “kadın” cinsiyetine sahip bir isim olmaktadır. Kadın hasta ise evde kendisi ile ilgilenen kişi ya yoktur ya da yine aynı biyolojik cinsiyete sahip bir akrabası kendisi ile ilgilenmektedir. Bu çalışmada hastaların eve gittiklerinde ihtiyaçları ile ilgilenen kişilere bakıldığında hasta kadın veya erkek olsun, her üç ilde de bakımı üstlenen en büyük yüzdenin kadın cinsiyeti olduğu izlenmiştir. Evde hastalar ile ilgilenen kişiler ancak ufak yüzdeler ile Koca, Baba, Oğul şeklinde izlenmiştir.

Kronik böbrek yetmezliği sonucu diyaliz tedavisi gören hastalar, bir gün iyileşeceklerine inanmaktadırlar. Haftanın üç günü, üç saat boyunca bir alete bağlanarak hayatını sürdürmek zorunda kalmak, sosyal hayatın kısıtlanması, erkek hastalarda cinsel fonksiyonun bozulması,

genç kadın hastaların çocuk sahibi olamama endişesi hastaların duygu durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığın seyri itibari ile bir süre sonra tüm organlarda meydana gelen hasar beyinde de kendini göstermekte, bu da hastanın kronik depresyon yaşamasına yol açmaktadır (58-64, 66-69). Diyaliz tedavisi gören hastalar kendilerini devamlı yorgun, halsiz hissetmekte; eski hayatlarını yaşayamıyor olmak hayatlarının kısıtlandığı fikrini doğurmaktadır (57-64). Hem fiziksel hem de toplumsal cinsiyet rolleri nedeni ile kronik böbrek yetmezliği tanısı ile diyaliz tedavisi alan hastaların psikolojik yükleri de kadın ve erkekte farklılık göstermektedir. Özellikle seans sonrasında dinlenme ihtiyaçlarını gideremeyen kadın hastalar kendilerini daha yorgun ve halsiz hissetmekte, fiziksel görünüşleri ile ilgili daha çok sorun yaşamaktadırlar.

Kadın'ın fiziksel görünümü, giyimi, sosyal yaşantısı medya tarafından dikte edilmektedir. Sadece belli bir tip "kadın" tanımlanmakta, bu tanım çerçevesinde olmak zorunda olduğu hissettirilmektedir. Medya aracılığı ile tanımlanan "kadın" özellikleri sağlıklı kadınlarda bile duygu durumunun bozulmasına yol açabilmekte, "kadın" tanımına uymak adına kadının sağlığını kaybetmesine yol açabilmektedir. Aldığı hemodiyaliz tedavisi nedeni ile katater ile dolaşan, belli bir diyetle bağlı yaşamak zorunda olan, hastalığın getirdiği komplikasyonlar nedeni ile fiziksel görünümünde değişiklikler yaşayan kadın hasta için tüm bu faktörler duygu durumunun erkek ile kıyaslandığında daha çok bozulmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada bunu destekler nitelikte olup, her üç ildeki kadın hastaların, erkeklere kıyasla daha çok fiziksel görünüşlerini olumsuz olarak algıladıkları görülmüştür. Bu araştırmadaki kadınların %41,2'si fiziksel görünümünden rahatsız olduğunu belirtirken erkek hastaların sadece %31,8'i fiziksel görünümünden rahatsız olduğunu belirtmiştir.

Araştırma illerinden Ankara ve İstanbul'daki hastaların fiziksel görünüşlerini olumsuz olarak algılamalarına yönelik önermenin kadın ve erkek arasındaki anlamlı farkın yine hastanın bulunduğu il ve bu ilin yaşam şekline göre değiştiği söylenebilir. Araştırma illerinden Adana ile kıyaslandığında daha büyük olan Ankara ve İstanbul'da medyanın aracılığı ile tanımlanan "kadın" özelliklerine uymak ile ilgili yükün daha etkili olduğunu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların diğer duygu durumlarına bakıldığında zaman; araştırma illerinin hepsi bir arada alındığında zihinsel çökkünlük içinde olmak kadın ve erkek hastalar arasında farklılık göstermiştir. Kadınların (%62) erkeklere (%44) göre anlamlı şekilde daha yüksek değerlerde zihinsel çökkünlük içinde olduğu saptanmıştır. Araştırmanın yapıldığı

illerden İstanbul ve Adana’da zihinsel çökkünlük içerisinde olma durumu cinsiyetlere göre farklılık gösterirken, Ankara’da cevap veren hastalar arasında cinsiyete göre bir farklılık izlenmemiştir. Bunun nedenlerinin çok çeşitli olabileceği düşünülmektedir. Tedavi görülen ilin büyüklüğünün yaşam kalitesini de etkilediği düşünülmektedir. İstanbul’un büyük, Adana’nın Ankara’ya kıyasla daha küçük bir şehir olmasının hastaların yaşadıkları koşulları farklılaştırdığı, bunun da duygu durumlarında farklılık yarattığı söylenebilir. Haftanın üç günü tedavi amacı ile hastaneye gitmek durumunda olan bir kronik hasta için en uygun şehir koşulunun ne olduğu sorusunun yanıtı için daha kapsamlı araştırma yapılması gerekmektedir.

Hemodiyaliz hastaları ile ilgili en önemli özellik kendilerini tedavi gördükleri merkeze ve doktorlarına bağımlı hissetmeleridir (58, 61, 66). Araştırma sonucunda cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa dahi, araştırmaya katılan hastaların büyük büyük çoğunluğu **“Tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissediyorum”** cevabını vermiştir. Kronik hastalıklarda özellikle görülen, doktoruna kendini bağımlı hissetme durumu, kronik böbrek yetmezliği hastalarının tedavisinin özelliği olarak en yüksek noktada kendini göstermektedir (23, 27, 61, 66). Haftada üç gün dört saat boyunca bir alete bağlanarak hayatta kalabileceğini bilmek hastayı hem tedavi gördüğü merkeze hem de hizmet veren sağlık personeline bağımlı hale getirdiği görülmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği hastaları, hastalıklarının tamamen tedavisinin mümkün olmadığını bilmelerine rağmen ve haftada üç gün bir merkezde diyaliz makinesine bağlanma ile gelişen kısıtlanmış duygusuna karşın hiç de az olmayan bir oranda diyalize düzenli girdikleri takdirde bir gün iyileşeceklerine inanmaktadırlar (26, 66-69). Bu çalışma da hastaların bu inancını desteklemekte olup, cinsiyetler arasında fark olmaksızın, hastaların %78’i hastalığın yaşam boyu süreceğine ve hastalıklarının tamamen tedavisinin mümkün olmadığını bilmelerine rağmen, kadın erkek fark etmeksizin %50’si tedavi sonucunda iyileşeceklerine inanmaktadır.

“Yorgunluk”, “halsiz olmak” ve “zihinsel olarak çökkün olmak” hemodiyaliz hastasının her geçen gün biraz daha fazla hissettiği bir duygu durumudur (61, 66-69). Buna paralel olarak ise “neşeli olmak” ve “ileriye yönelik plan yapmak” isteği bir süre sonra asla iyileşemeyeceğinin bilinci ile azalmaktadır (61, 72, 74). Hastalığın seyri ve asla iyileşemeyeceklerini bilme durumu hastaların kendilerini iyi ve neşeli hissetmesini, ileriye yönelik plan yapmalarını, ileriye yönelik beklentileri olmasını engellemektedir. Araştırma sonuçlarında bazı önermelerde cinsiyetler arasında duygu durumları farklılıkları gösterse de

bunların toplumsal cinsiyetten kaynaklanan farklılıktan çok hastalığın seyri ve biyolojik cinsiyet ile ilgili farklılıklardan doğduğu düşünülmüştür. Cinsiyetler arasında yer yer izlenen bu minimal fark günden güne, hastalığın seyri ile devamlı değişim gösterdiğinden cinsiyetin duygu durumunda bir fark olmadığını, hastalık nedeni ile depresyon eğimli bir duygu durumunda oldukları söylenebilir.

Maslow, insanların neden farklı zamanlarda farklı gereksinimlerini ön plana çıkardıklarını araştırmış ve bir “ihtiyaç hiyerarşisi” teorisi geliştirmiştir (173). Bu teoriye göre insan gereksinimleri 5 grup altında toplanmaktadır. Bu gruplar önem sırası ile Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...), Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...), Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...), Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...), Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...) olarak belirtilmektedir. Maslow’un teorisine göre insan, önce en önemli gereksinimini tatmin etmeye çalışmaktadır. Bir düzeydeki gereksinimi karşılandığı zaman bir sonrakini istemektedir. Bir bireyin isteklerini tatmin etmesi, yaşadığı sosyal ortamda mutlu olması ve sağlığı, isteklerini gerçekleştirme gücü o kişinin mutluluğunu ve yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığı ile bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleriyle ilişkili olduğunu belirtmektedir. Yaşam kalitesi tamamen sübjektif bir kavram olarak belirtmektedir. Yaşam kalitesi kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun onları ne ölçüde rahatsız ettiğinin saptanmasıdır (75).

Kronik hastalıklarda kişinin özellikle sosyal hayatı değişmekte ve zaman içerisinde algısı farklılık göstermektedir. Hayatı boyunca asla iyileşmeyeceği, tedavilerin sunduğu imkânlar çerçevesinde hayatını sürdürebileceği gerçeği hastanın tüm hayatını etkilemekte, yaşam kalitesini düşürmektedir (74, 75, 77). Özellikle Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında tedavi yöntemi nedeni ile bir sağlık kuruluşuna bağımlı olmaları yaşamlarını kısıtlamakta, isteklerini tatmin konusunda sınırlamalar getirmekte, hastalığın seyri ile ortaya çıkan psikolojik sorunlar zaman içerisinde giderek artmakta, tüm bunlar da yaşam kalitelerinin düşmesine yol açmaktadır (61, 66, 77, 79).

Nefroloji klinikleri özellikle hastaların yaşam kalitesine çok önem vermekte ve yaşam kalitelerini değerlendirebilmek amacı ile en çok SF-36 formuna başvurmaktadır. Toplam 4

bileşen altında toplanan 36 sorudan oluşan SF-36 formu uygulanan kişilerin yaşam kalitelerini Genel sağlık anlayışı, fonksiyonel, esenlik, ve global açıdan ölçmektedir (66, 76, 79, 145).

Araştırma illerinde uygulanan SF-36 formu analizinin sonrasında genel olarak hastaların yaşam kalitesi puanları düşük düzeylerde bulunmuştur. Kronik böbrek yetmezliği olan ve hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesinin incelendiği birçok çalışmada da bulgularımıza paralel şekilde yaşam kalitesi orta veya ortanın altında düşük seviyelerde çıkmıştır (145, 174-176).

Hemodiyaliz hastalarının cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelendiğinde; erkek hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanlarının kadın hastalara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmaların bir kısmı bizim bulgularımız ile benzer şekilde kadınların yaşam kalitesi puanlarını daha düşük bulurken, bir kısmı tam tersi erkeklerin yaşam kalitesi puanlarını daha düşük bulmuştur (145,174-181). Evans ve ark (182), Wolcott ve ark (183) böbrek hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkili yaptıkları çalışmada fonksiyonel durumun kadınlarda, emosyonel esenliğin erkeklerde daha iyi olduğunu bildirirken, Ching (184) diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere göre daha kötü olduğunu bulmuştur. Tamamen farklı şekilde Acaray ve ark (145) fonksiyonel durum ve esenlik puanlarının erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmada yaşam kalitesinin parametrelerini oluşturan fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanları ile yaş arasında istatistikî olarak anlamlı şekilde negatif ilişki olduğu izlenmiştir. Ancak esenlik puanları ile yaş arasında istatistikî olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Artan yaşa paralel olarak yaşam kalitesi puanları düşmektedir. Hemodiyaliz hastalarında yapılan bazı çalışmalar, bizim bulgularımızı destekler nitelikte yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki bildirirken (176, 185-190), çalışmaların bir kısmı yaş ile yaşam kalitesi parametreleri arasında ilişki saptamamıştır (174, 175, 191-193). Yaşın yaşam kalitesi ile negatif ilişki gösterdiğini ortaya koyan çalışmaların bazılarında bu çalışmaya paralel olarak fiziksel yaşam kalitesinin artan yaş ile beraber kötüleştiği saptanmıştır. Yaşlanma fiziksel yetersizlikleri beraberinde getirdiğinden yaş artışına paralel olarak yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir sonuç olmuştur (145, 176, 183, 187, 189).

Hemodiyaliz hastalarında medeni durum ile yaşam kalitesi arasında dağılım incelendiğinde bekar ve evli olan hastaların, global yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin üç ana boyutunu oluşturan fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı, esenlik yaşam kalitesi

puanları arasında istatistikî olarak önemli farklılıklar bulunmuştur. Bekar hastaların her üç ana boyut ve global yaşam kalitesi puanları evli ve dul hastalardan anlamlı şekilde yüksektir. Evli ve dul hastaların ise arasında çok fazla farklılıklar izlenmemiştir. Bu çalışma ile benzer şekilde Acaray ve arkadaşlarının çalışmasında da bekar olanların genel sağlık anlayışı yaşam kalitesi boyut puanlarının ise evli olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (145). Bunun tam tersi Evans ve ark yaptığı çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide, evli olanların yaşam kaliteleri yüksek olarak bulunmuştur (182). Ayrıca birçok çalışma medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki elde edememiştir (174, 180, 192, 193).

Bu çalışmada bekâr hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek çıkmasının nedeni birçok faktöre bağlı olabilir. Birincisi, bekâr hastaların yaşlarının daha genç olması nedeni ile yaşam kalitesi puanları yaşa da bağlı olarak daha yüksek çıkmış olabilir. İkincisi, bekâr hastaların çocuk yükümlülüğünün olmaması nedeni ile hastaların üzerinde daha az psikososyal baskı olması yaşam puanlarını yüksek seviyede tutmuş olabilir. Ek olarak bekâr hastaların ekonomik sorumluluğunu ailelerin üstlenmiş olması yaşam kalitesinin daha az etkilenmesine neden olmuş olabilir.

Tek başına yaşayanların genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanları geniş veya çekirdek aile ile birlikte yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak fonksiyonel durum dışında yaşam kalitesi puanları aile tipine göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde diğer çalışmalarda aile tipi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamışlardır (145, 193). Geniş aileye sahip hastaların psiko-sosyal açıdan daha fazla desteklenmesi ve aile içi rollerinin paylaşılması nedeniyle yaşam kalitesinin daha yüksek olması beklenmektedir. Ancak çalışmamızda istatistiksel anlamlı fark olmamakla birlikte, tek birey olarak yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek çıkmasının nedenlerin başında sadece kendinden sorumlu olma ve başka sorumlulukları yüklenmek zorunda kalmama psikolojisinin neden olabileceğini düşünülmektedir.

Öğrenim durumunun artmasına paralel olarak genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanlarının anlamlı şekilde yükseldiği saptanmıştır. Benzer şekilde birçok çalışma öğrenim durumu ve yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki bildirmiştir (180, 184, 187, 188, 190, 192). Bununla birlikte az sayıdaki çalışmada eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanamamıştır (145, 182). Yüksek öğrenim düzeyi ile birlikte

hastaların sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği beklenen bir sonuçtur; artan eğitim seviyesi ile birlikte bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenecekleri, bu bağlamda hastalıklarını/hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha fazla öğrenecekleri ve kullanacakları, tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir (185, 187).

SF-36 formunun tüm bileşenlerinde hastaların tedavi gördükleri merkezlerin bulunduğu araştırma illeri arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Ek olarak araştırma illerinde tedavi gören kronik böbrek yetmezliği hastası olan kadınların yaşam kalitesi puanları erkeklere göre daha düşük olarak izlenmiştir. Ankara yaşam kalitesi puanları açısından diğer iki araştırma ili olan İstanbul ve Adana'dan daha yüksek puan almış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Ankara ilini sırasıyla İstanbul ve Adana izlemektedir.

Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı'na bağlı olarak hizmet veren Hemodiyaliz Merkezleri standart hizmet sağlamakta, kalite belgesi olan ISO 9000 ile bu hizmetin standardizasyonu sağlanmaktadır. Bu nedenle hastaların iller arasında gösterdiği yaşam kalitesi farkının bulundukları illerin yaşam koşulları ile bağlantılı olduğu düşünülmüştür. İkamet edilen illerin yaşam koşulları o ilde yaşayan insanlar için psiko-sosyal ve ekonomik açıdan önem taşımaktadır. Şehir yaşam kalitesi fiziksel çevre, sosyal çevre ve ekonomik çevre kalitesine yönelik bileşenlerden oluşmaktadır. Ekonomik çevre kalitesi yaşam maliyeti ve alım gücü gibi özellikler ile tanımlanırken; sosyal çevre kalitesi yaşam biçimi, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim, güvenlik, vb. özellikler ile tanımlanabilir. Fiziksel çevre kalitesi ise açık ve yeşil alan varlığı, ulaşım ağı, ulaşım türü, toplu taşıma, altyapı ve belediye hizmetleri, iletişim, konut tipi ve kalitesi gibi özellikler ile tanımlanabilir (194)

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar söz konusu olduğunda yaşadığı şehrin ulaşım imkânları ve sağlık hizmetlerine erişimi çok büyük önem taşımaktadır. Haftada 3 gün 3 saat sürecek olan programa katılmak için ikamet veya iş adreslerinden merkezlere gidip gelmeleri gerekmektedir. İkamet edip, tedavi gördükleri illerin ulaşım imkânları bu nedenle bu hastalar için önem taşıdığı düşünülmektedir. Diğer önemli bir nokta olan sağlık hizmetlerine erişim yine hastaların özellikle yaşam kalitesini belirgin etkileyen faktör olup, bu konuda zorluklar yaşayan hastaların psiko-sosyal açıdan çok yıprandıkları ve bu durumunda yaşam kalitesine belirgin olarak etki yaptığı düşünülmektedir.

Toplam 281 farklı değişken kullanılarak oluşturulan iller arası yaşam kalitesi endeksi de bizim bu görüşlerimizi desteklemektedir. Bu endekste sıralamaya göre İstanbul, Ankara ve

İzmir birinci derecede yaşam kalitesine sahip iller olarak bildirilmiştir (195). Türkiye'de sosyal ve ekonomik çoğu göstergede ilk üç sırayı alan bu iller, yaşam kalitesi alanında da öne çıkmıştır. Adana ili ise bu endekste ancak ikinci düzeyde yaşam kalitesine sahip iller arasında yer almıştır. Bu durum çalışmamızın sonuçlarını destekler nitelikte olup, Adana ilindeki hastaların niye İstanbul ve Ankara'daki hastalardan daha düşük yaşam kalitesi puanları aldığını açıklamaktadır.

Hastaların yaşadıkları evin durumu incelendiği zaman, kirada oturan hastaların yaşam kalitesi puanları kendi evinde veya aile bireylerinden birinin evinde oturan hastalardan istatistikî olarak anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. En düşük puanlar aile bireyin evinde oturan hastalarda gözlenmiştir. Bu bulgular aslında beklenenden farklı çıkmıştır. Kendine veya ailesine ait bir evde oturanların yaşam kalitesinin kirada oturanlara göre daha yüksek çıkması beklenirken bunun tam tersinin çıkması şaşırtıcı bir sonuçtur. Bunun nedenlerinin bu konuyu hedef alan daha detaylı sorgulama içeren çalışmalar ile irdelenmesi gerekmektedir.

Hastaların iş durumu ile ilgili olarak, çalışan hastaların tüm boyut ve global yaşam kalitesi puanları çalışmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Bu durum beklenen bir sonuç olup, çalışan kişilerin iş yerinde yaptıkları ve meşgul oldukları iş nedeniyle ve arkadaşları ile sosyal olarak geçirdikleri zaman içerisinde hastalıklarını unutabildikleri, ancak çalışmayan hastaların psikolojik olarak daha depresif ruh halinde oldukları ve evde devamlı hastalıklarını düşündükleri şeklinde açıklanabilir. Bu durum diğer bir açıdan ise çalışan kişilerin ekonomik özgürlükleri ile de açıklanabilir. Çünkü ekonomik özgürlük, bireyin kendine olan güvenini ve hastalığı ile baş etmedeki güvencesini artıracak ve dolayısıyla bireyin yaşam kalitesini yükseltecektir.

Kadın sağlığı söz konusu olduğunda önem taşıyan, yaşam kalitesini de doğrudan etkileyen faktörlerin başında erken yaşta evlilik ve erken yaşta doğum gelmektedir. Araştırmaya Ankara, İstanbul ve Adana'dan katılan kadın hastaların “ilk evlilik yaşının 12”, “ilk canlı doğum yaşının 14” olduğu saptanmıştır. Beklenildiği üzere evlilik yaşı ve ilk canlı doğum yaşı ile tüm yaşam kalitesi parametreleri arasında istatistikî olarak anlamlı şekilde pozitif ilişki gözlenmiştir. Evlenme ve doğum yaşı küçüldükçe, yaşam kalitesi de belirgin şekilde düşmektedir.

Erken yaşta evlilikler dünyanın her bölgesinde gözlenmekle birlikte özellikle az gelişmiş veya Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde çok daha yaygın ve yoğun olarak yaşanmaktadır. “Çocuk” ve buna bağlı olarak “erken evlilik” kavramlarının tanımları kaynağına göre değişse de küresel ölçekte kabul edilen görüş, 18 yaş altını “çocuk” ve bu

yaştan önce yapılan evlilikleri de “erken evlilik” olarak değerlendirmektedir. Türk Medeni Kanununun 124 üncü maddesi evlenme ehliyeti için 17 yaş sınırını belirlemiş olmakla beraber “erken yaşta evlilikler” terimi bu raporda 18 yaşın altında yapılan evlilikler anlamına gelmektedir (196). Halen ülkemiz genelinde yapılan her dört evlilikten birinin, bazı bölgelerimizde ise her üç evlilikten birinin çocuk evliliği olduğu bilinmektedir. Erken yaşta evlilikler ekonomik yetersizlik, yanlış ve eksik bilgilerden kaynaklanan geleneksel ve dini inançlar, eğitimsizlik, aile içi şiddet, toplum baskısı, mülkiyet unsuru gibi sebeplerle ortaya çıkmaktadır. Erken yaşta yapılan evlilikler ve bunu takiben erken yaşta yapılan doğumlar, kadınların toplumdaki eşitsiz konumunu pekiştirmekte, hayat tercihlerini azaltmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Kadınları eğitimsizlik, yoksulluk, cahillik ve bağımlılık kısır döngüsüne hapseden bu evlilikler onların geleceğe dair hayallerini de ellerinden almaktadır. Erken yaşta yapılan evliliklerin bir çocuk hakkı, kadın hakkı ve insan hakkı ihlali olduğu kabul edilmiştir (196). Ayrıca fiziksel şiddet, erken evlenen kadınlar arasında %48 gibi yüksek oranlarda izlenirken, bu oran 18 yaşından sonra evlenen kadınlar arasında %31'dir. Psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddete uğrama riski çok yüksek olan çocuk evliliğine ek olarak, erken yaşta yapılan evlilik ile doğumun getirdiği diğer tüm olumsuz psikolojik ve biyolojik faktörler kadının yaşam kalitesini çok düşürmektedir. Bu durum bu çalışmada da gösterilmiş; evlilik ve ilk doğum yaşı düştükçe, gebelik ve doğum sayısı arttıkça kadın hastaların yaşam kalitesini oluşturan tüm parametrelerde belirgin düşüş izlenmiştir.

Araştırma illerinde tedavi gören kadın hastaların ilk canlı doğum yaşı 14 ile 33 yaş aralığındadır. İlk canlı doğum yaşının kadının yaşam kalitesi açısından etkili olduğu araştırmada da görülmüş, birçok kronik hastalığa temel oluşturabilecek komplikasyonlar doğuran doğum yaşının önemi bir kez daha kendini göstermiştir. İlk doğum yaşı ile birlikte kadın sağlığı söz konusu olduğunda önemli bir faktörde canlı doğum sayısıdır. Canlı doğum sayısı arttıkça kadının yaşam kalitesi de düşmektedir. Bunun sebepleri arasında gebelikler arasındaki kısa sürenin yol açtığı sağlık sorunları, gebelik sonrasında kadının “anne” rolünü gerçekleştireceği sayının çok olması, doğum esnasında yaşanabilecek komplikasyonların sonuçları iyileşmeden tekrar gebe kalmanın getirdiği fiziksel sorunlar sayılabilir. Kadın ilk çağdan itibaren doğurma özeliğinden dolayı, temel amacı “çocuk doğurma” ve “annelik” olan bir cinsiyet olarak görülmüş; bu geçen yüzyıllar içerisinde kadının kendi kimliğine sahip çıkma ve kendi vücudu ile ilgili konularda kendi kararlarını vermeye başlaması ile değişiklik göstermiştir. Kadının sadece “anne” olmak değil, bir birey olarak var olma savaşı toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile ilgili konularda fark yaratmış olsa da hala çocuk yaşta evlendirilerek

bir birey olarak var olma hakkı elinden alınan kadınların sayısı azımsanmayacak kadar yüksektir.

Buradan hareketle, erken yaşta evliliklerin önüne geçilmesi için öncelikle, kız çocuklarının eğitime önem vermeyen ve eğitim ve öğretimini yarıda kesen ailelere yönelik özel yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Ebeveynlere, erken yaşta evliliklerin, çocukların fiziksel ve ruhsal gelişimlerini olumsuz yönde etkilediği konusunda eğitimler verilmelidir. İşsizlik nedeniyle kız çocuklarının erken yaşta evlenmesine neden olan ebeveynlere istihdam alanları yaratılmalı ve yoksulların yaşam düzeyi geliştirilmelidir. “Kocasına daha iyi itaat eder” düşüncesi ile kız çocuklarını erken yaşta evlendiren zihniyetin değişim ve dönüşümünü sağlamak amacıyla konu ile ilgili kurum ve kuruluşlar ortak çalışmalar yaparak gerekli önlemleri almalıdır. Yanlış din algılarının değişimi için Diyanet İşleri Başkanlığı halkı bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Aynı zamanda, akraba evlilikleri ve erken yaşta evliliklerin risklerine yönelik eğitimler verilmelidir. Eğitim, çalışma ve yaşama hakları çocukların elinden alınmamalıdır.

Yaşam kalitesinin, hastalık özelliklerine göre de farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Özellikle hastalık ve diyaliz süresi ile tüm yaşam kalitesi parametreleri arasında negatif ilişki gösterdiği izlenmiştir. Hastalık süresi ve diyaliz süresi arttıkça yaşam kalitesinin her alanda düştüğü gösterilmiştir. Bu çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde birçok çalışmada hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki bildirilmiştir (145, 189, 197). Taşçı'nın çalışmasında ise hastalık süresinin yaşam kalitesi puanlarını etkilemediği bulunmuştur (193). Hastalık süresi arttıkça; ilerleyen yaşın ve hastalığın birlikte getirdiği fiziksel yetersizlik, yorgunluk, komplikasyonlar, maddi ve manevi yükler hastanın başa çıkamayacağı seviyeye gelebilmektedir. Bu yüklere ek olarak kronik bir hastalığa sahip olmanın verdiği olumsuz duygular da hastaların yaşam kalitesini gün geçtikçe daha kötüye götürebilmektedir.

Hastalık süresi arttıkça diyalize girme ihtiyacı da artacağı için hastalık ve diyaliz süresi paralellik göstermektedir. Bunu destekler nitelikte bu çalışmada da, hastalık süresi ile birlikte artan diyaliz süresinin de yaşam kalitesi üzerinde her alanda negatif etkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca bir hafta içinde girilen diyaliz seansı sayısı ile yaşam kalitesi arasında da anlamlı şekilde negatif ilişki olduğu izlenmiştir. Haftada bir kere diyalize giren hastaların yaşam kalitesi puanları her alanda çok yüksek iken, haftada dört kere giren hastaların puanları belirgin şekilde düşüş göstermiştir. Artan diyaliz ihtiyacı ve diyalize girme süresinin uzaması hastalarda ileriye yönelik kaygıları, ümitsizliği, iyileşememe korkusunu, ölüm korkusunu,

yorgunluğu, tükenmişliği, bağımlı hissetme gibi duyguları arttırdığı gibi, hastalarda artan diyaliz sayısı ve süresi komplikasyonların ve sekonder hastalıkların artışına da neden olarak hastanın yaşam kalitesini hızla düşürebilmektedir. Bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikte birçok çalışmada da diyaliz süresi ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki bildirmiştir (145, 186, 189). Bununla birlikte diyaliz süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptamayan çalışmalar da literatürde mevcuttur (191, 193).

Tüm bunlara ek olarak düzenli olarak gerektiği kadar diyalizin yapılması hastalığın komplikasyonlarını azaltacağı ve dolayısıyla yaşam kalitesini yükselteceği için hastaların diyaliz seanslarını kaçırmaması ve kendilerine özel oluşturulan diyaliz çizelgesine tamamen uymaları gerekmektedir. Ancak hastaların bir kısmı bazen psikolojik nedenler ile bazen ise sosyoekonomik nedenler ile çizelgede katılması zorunlu olan seanslara girmemektedir. Bunun sonucu olarak hastalar, kan üresinin yükselmesi ve sıvı elektrolit dengesinin bozulması nedeni ile ölüme kadar gidebilen çok sayıda komplikasyonlar yaşamaktadır (4-7, 13, 16, 26). Sonuçta hastaların yaşam kalitesi düşmektedir. Bu durumu mevcut çalışmanın bulguları desteklemekte olup, diyaliz seansını terk etme durumu ile yaşam kalitesinin tüm basamakları arasında anlamlı şekilde ilişki saptanmıştır. Diyaliz seanslarını terk etmeyen ve diyaliz çizelgesine tamamen uyan hastaların yaşam kalitesi puanları, diyaliz seanslarını terk eden hastalara göre oldukça anlamlı şekilde yüksek olduğu izlenmiştir. Ayrıca diyaliz seansını terk etme sıklığı ile yaşam kalitesi arasında da anlamlı şekilde negatif ilişki bulunmuştur. Seansı terk etme sıklığı ne kadar çoksa, buna paralel şekilde yaşam kalitesi puanları da o oranda düşüş göstermektedir.

Hemodiyaliz hastaları için beslenme, besin seçimleri ve miktarları çok önemlidir. Yapılan araştırmalar diyaliz hastalarında uygulanan diyet tedavisinin hastalığın seyrini etkilediğini ve beslenme bozukluğunun ölüm oranını artırdığını göstermektedir (16, 21, 22, 25, 70-72). Doğru, dengeli bir beslenme düzeni yaşam kalitesini artırır ve hastalık ile diyalize bağlı gelişebilecek harabiyeti azaltır. Diyete uyum göstermeyen hastalarda ise sıvı-elektrolit dengesinde olumsuz değişiklikler (hiperkalemi, hiperfosfatemi, periferik ve pulmoner ödem), üremi ve bunlara bağlı sekonder komplikasyonlar çok kısa sürede oluşur (25, 70-72). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların diyet tedavilerinin amacı, sıvı-elektrolit bozukluklarını arttırmadan veya üremi semptomlarını fazlaştırmadan optimal bir beslenme durumunu sağlamak ve korumaktır (21, 22, 70-72). Bilimsel çalışmalar; diyaliz hastalarının geleceğini belirleyen en önemli faktörün, beslenme durumu olduğunu göstermiştir. Zayıf, yeterince beslenmemiş, vücut direnci düşük hastalar sağlık sorunları ile daha çok karşılaşılır.

Çalışmalarda hemodiyaliz hastalarında malnütrisyon oranının %20-70 arasında değiştiği bildirilmektedir ve bunun mortalite ve morbiditeyi arttırdığı ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği belirtilmiştir (21, 22, 25, 70-72).

Bu saptamaları destekleyecek şekilde bu çalışmada da yaşam kalitesinin, önerilen diyetle uyma durumuna göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Diyetle uyan hastaların tüm yaşam kalitesi ana boyut ve global yaşam kalitesi puanlarının diyetle uymayan hastalar göre daha yüksek olduğu izlenmiştir. Özellikle diyetle uyma durumunun fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesini istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yaratacak derecede etkilediği izlenmiştir. Literatürde bu konuda yapılan az sayıdaki çalışmaların bir kısmı bizim sonuçlarımızı destekler nitelikte olup, diyetle uyum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bildirmişlerdir (145, 189). Bununla birlikte Taşcı çalışmasında diyetle uyum ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptayamamıştır (193).

Hemodiyaliz hastalarında hastalığın seyri açısından diyetle uyum ne kadar önemli ise ilaçların düzenli kullanılması ve ilaçlara gösterilen uyum da o kadar önemlidir. Kronik ve süregelen bir hastalığa sahip hastalarda uzun süreli almaları gereken ilaçlara karşı uyum her zaman çok kolay olmamaktadır. Hastalığın başlangıcında ilaçlarını çok düzenli kullanan hastalarda bile ilerleyen zaman içinde ilaçları bırakma eğilimi doğmaktadır. Düzenli kullanılan ilaçlar hastalığın seyrini etkileyeceğinden, dolaylı olarak yaşam kalitesini de etkileyecektir. Bulgularımızda bunu destekler nitelikte olup, çalışmamızda ilaç tedavisine uyum durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir. İlaçlarını düzenli kullanan hastaların yaşam kalitesi tüm alanlarda ve global yaşam kalitesi alanında anlamlı şekilde, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer bazı çalışmalarda bizim bulgularımızı destekler nitelikte olup ilaç tedavisine uyan hastaların yaşam kalitesi uymayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (145, 189, 193).

Diyet ve ilaç gibi uyulması gereken noktalar ile direkt ilişkisi olan doktorun önerilerine uyma durumunun yaşam kalitesi üzerine olan ilişkisi bakıldığında ise diğerleri ile benzer şekilde doktorun önerilerine uyan hastaların yaşam kalitesi, uymayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlılık sadece esenlik ve global yaşam kalitesinde izlenmiş olup genel sağlık anlayışı ve fonksiyonel durum açısından doktorun önerilerine uyanlarda daha yüksek puanlar elde edilmesine rağmen istatistikî farklılık saptanmamıştır.

Evde ihtiyaçları ile ilgilenen kişinin varlığı veya yokluğunun, hastaların yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte diyaliz seansı sonrası yapılan işlerin tüm yaşam kalitesi puanları üzerine çok anlamlı şekilde etkisi olduğu izlenmektedir. Diyaliz seansı sonrası işe giden hastaların yaşam kalitesi puanları her üç ana boyutta ve global olarak evde vakit geçirenlere ve eve gidip uyuyanlara göre daha yüksek olup, bunu sırasıyla evde vakit geçirenler ve evde uyuyanlar izlemektedir.

Sonuç olarak hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini oldukça düşük algıladıkları saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen birçok faktörün içinde sosyo-demografik değişkenlerin yanı sıra hastalık değişkenleri ve sağlık hizmetleri gelmektedir.

Erken yaşta evlilik doğu kültürünün etkisinin çok olduğu bölgelerde yaygın olarak görülmektedir. Kız ocuk ilk menstrasyonu ile birlikte evlendirilmekte, ocuk doğurması istenmektedir. Türkiye Cumhuriyeti kurulduğu günden itibaren kız çocuklarının okutulması, erken yaşta evliliğin önlenmesi için ülke genelinde yapılan çalışmalar kendini göstermiş olmasına rağmen halen erken yaşta evlilik önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Araştırma yapılan illerden elde edilen sonuçlar ilk evlilik yaşının 12 ile 32 arasında olduğunu göstermektedir. Ankara ve İştambul illeri i g aldıkları için ilk evlilik yaşının bu illerde de çok küçük yaşlarda gözüktüğü düşünülmektedir. İlk evlilik yaşının yaşam kalitesine olan etkisine bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu literatüre uygun bir sonuç olup, çok erken yaşta ve çok geç yaşta evliliğin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. İlk canlı doğum yaşı beraberinde getirdiği sağlık sorunları nedeni ile çok büyük önem taşıtmaktadır. Erken yaşlarda doğumun beraberinde getirdiği komplikasyonlar ile geç yaşta doğumun beraberinde getirdiği komplikasyonlar aynı olmasa da her iki yaş grubunda da kadının yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

Araştırma illerinde tedavi gören kadın hastaların ilk canlı doğum yaşı 14 ile 33 yaş aralığındadır. İlk canlı doğum yaşının kadının yaşam kalitesi açısından etkili olduğu araştırmada da görülmüş, birçok kronik hastalığa temel oluşturabilecek komplikasyonlar doğuran doğum yaşının önemi bir kez daha kendini göstermiştir. İlk doğum yaşı ile birlikte kadın sağlığı söz konusu olduğunda önemli bir faktörde canlı doğum sayısıdır. Canlı doğum sayısı arttıa kadının yaşam kalitesi de düşmektedir. Bunun sebepleri arasında gebelikler arasındaki kısa sürenin yol açtığı sağlık sorunları, gebelik sonrasında kadının “anne” rolünü gerçekleştireceği sayının çok olması, doğum esnasında yaşanabilecek komplikasyonların sonuçları iyileşmeden tekrar gebe kalmanın getirdiği fiziksel sorunlar sayılabilir. Kadın ilk

çağdan itibaren doğurma özelliğinden dolayı, temel amacı “çocuk doğurma” ve “annelik” olan bir cinsiyet olarak görülmüş; bu geçen yüzyıllar içerisinde kadının kendi kimliğine sahip çıkma ve kendi vücudu ile ilgili konularda kendi kararlarını vermeye başlaması ile değişiklik göstermiştir. Kadının sadece “anne” olmak değil, bir birey olarak var olma savaşı toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile ilgili konularda fark yaratmış olsa da hala çocuk yaşta evlendirilerek bir birey olarak var olma hakkı elinden alınan kadınların sayısı azımsanmayacak kadar yüksektir.

İç göçler sonucu büyük iller olan Ankara ve İstanbul’da yaşayan kadınların ilk evlilik yaşları ile ilk canlı doğum yaşları ve sayısı kadının hala doğum yapabilme yeteneğinden dolayı birey olma haklarının ellerinden alındığını gösteren bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Düşükler, özellikle sağlık merkezlerinde uygulanmayan isteyerek düşükler kadın sağlığı açısından en büyük tehditlerden birini oluşturmaktadır. Kadının biyolojik yapısı nedeni ile kendine zarar verebilecek yöntemler ile düşük yapabilmesi kalıcı hasarlara yol açabilmekte, sonu ölüm ile bitebilen kanamalara yol açabilmektedir. Araştırma illerinde düşük ile ilgili veri sayısı oldukça az elde edilebilmiştir. Yine de düşük sayısı ve şeklinin kadın sağlığı söz konusu olduğunda yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biri olması nedeni ile SF-36 bileşenlerine etkisine bakılmış; kadının fonksiyonel ve global açıdan yaşam kalitesine olan etkisi anlamlı bulunmuştur.

Düşüklerin çoğunluğunun kendiliğinden olduğunu belirten kadın hastalar için bu tedavi gördükleri hastalık açısından anlam taşımaktadır. Zira böbrek hastalıkları düşüğe yol açabilmekte ve kadın hastaların tanılarının önemli bir kısmı düşük sonucu hastaneye geldikleri zaman konmaktadır.

Sonuç olarak, kadının toplumdaki rolü hastalık söz konusu olduğunda da devam etmektedir. Erken evlilik, erken doğum yaşı, çok gebelik sayısının yanı sıra hasta olduğunun geç fark edilmesi sonucu kadının sağlık hizmetine ulaşmada gecikmesi faktörleri birçok kronik hastalıkta da olduğu gibi Kronik Böbrek Yetmezliği gibi ciddi sonuçlara varan böbrek hastalıklarında da önemli rol oynadığı görülmektedir. Diğer yandan, kadının toplum tarafından yüklenen rolleri ciddi bir kronik hastalık olan kronik böbrek yetmezliği tedavisi sırasında da devam ettiği görülmüştür. Araştırmada iller arası çıkan farklılıklarının kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Yaşanılan ilin sosyokültürel ve coğrafi özelliklerinin, sağlanan hizmetlerin kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitelerinde bir fark yaratıp yaratmadığının incelenmesi önerilmektedir.

VI-SONUÇLAR

-Başkent Üniversitesi Ankara diyaliz merkezinde 108, İstanbul diyaliz merkezinden 105 ve Adana diyaliz merkezinden 165 olmak üzere toplam 378 hasta çalışmaya dahil olmuştur.

-Çalışmaya katılan hastaların kadın/erkek (190/188) oranı birbirine eşit düzeylerde.

-Çalışmaya katılan tüm hastaların yaş ortalaması $54 \pm 16,5$ (19-85) 'dır.

-Hastaların yarısından çoğu (%54) okuryazar veya ilkokul mezunudur. Bunu ikinci sırada ortaokul-lise mezuniyeti (%31,2) ve üniversite-lisansüstü (%14,8) eğitim alanlar izlemektedir.

-Kadınların, erkeklere oranla eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu ve özellikle iller arasında belirgin olarak farklılıklar gösterdiği saptanmıştır.

- Araştırmanın yapıldığı iller arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Ankara (%31,5) üniversite ve lisansüstü eğitim açısından en yüksek oranlara sahip il olup, bunu sırasıyla İstanbul (%16,2) ve Adana (%3) izlemiştir. Adana'dan katılan hastalar en düşük eğitim düzeyine sahiptir.

-“*Ailenin ekonomik durumu kötüyse çocuklardan erkek olanı okutulmalı*” önermesine verilen cevaplar açısından her üç il arasında istatistiksel farklılıklar izlenmiştir. Bu farklılık özellikle Adana grubunda daha belirgin olarak gözlenmektedir.

- Bu önermeye Ankara (%60,2) ve İstanbul (%56,2) katılmazken, Adana grubundaki hastaların %67,3'ü katılmıştır.

-Ankara ve İstanbul bu önerme için toplumsal cinsiyet rollerine bakış açısından eşitlikçi görüşe yakın olabilecek bir yeredir. Bununla birlikte Adana ili bu önerme için toplumsal cinsiyet rollerine bakış açısından en ayrımcı il olarak saptanmıştır.

-Bu önermeyi sadece cinsiyet bazında ele aldığımızda kadın ve erkekler arasında görüş açısından istatistiksel olarak bir farklılık olmadığı izlenmiştir. Kadınlar (%47,9) ve erkekler (%42,6) neredeyse birbirine çok yakın yüzdelere bu önermeyi kabul etmişlerdir.

-“*Kadınların siyasette erkekler kadar başarılı olabilir*” ile ilgili önermeyi Ankara ve İstanbul merkezlerinden katılan hastalar Ankara'da %63, İstanbul'da %74,3 ile onaylamış; Adana merkezden katılan hastalar ise %37,6 ile bu önermeye “katılıyorum” cevabı vermiştir.

-Bu önermeye cinsiyet bazında baktığımızda kadınlar (%60) ve erkekler (%50) neredeyse birbirine yakın oranlarda bu önermeyi kabul etmiştir. Bu önermeye katılmayan erkek sayısı (%30,9) kadınlardan (%16,3) daha fazla olmuştur.

- Bu önerme ile ilgili Ankara ve İstanbul illerinde toplumsal cinsiyet rollerine bakış eşitlikçi görüşe yakındır. Bununla birlikte Adana ili bu önerme için diğer şehirlere nazaran daha ayrımcı görüşe sahip şehir olarak saptanmıştır.

-“Ülke yönetiminde erkekler daha ön planda olmalıdır” önermesinde Ankara (% 59,3) ve İstanbul (%55,2) grubundaki hastalar, Adana (% 12,7) grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranlarda “katılmıyorum” cevabı vermişlerdir.

-Bu önermeye “katılmıyorum” cevabı, Ankara grubunda cinsiyetler bazında istatistikî olarak farklılık göstermemiştir.

-İstanbul grubunda bu önermeye katılmayan hastaların büyük çoğunluğunu (%67,9) kadınlar oluşturmuştur. Aynı ilde bu önermeye "katılmıyorum" cevabı veren erkeklerin oranı %42,3'dür.

-Adana grubu kadın veya erkek fark gözetmeksizin, %77-78 gibi yüksek bir yüzde ile bu önermenin doğruluğunu kabul etmiştir.

-Meslek ve çalışma hayatı açısından toplumsal cinsiyet bakışını görmek için, “*Bazı meslekler kadınlar, bazı meslekler erkekler için uygundur*”, “*Kadınlar çalışmaya başlamak için kocasından izin almalıdır*” ve “*Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır*” şeklinde üç önerme kullanılmıştır.

-İller bazında yukarıdaki her üç önermeye bakış açısından Ankara, İstanbul ve Adana arasında istatistikî olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. İstanbul ve Adana’da kadın ve erkek fark etmeksizin her üç önermeye de “katılmıyorum” cevabı verenlerin yüzdeleri “katılmıyorum” cevabı verenlere göre belirgin şekilde yüksek bulunmuştur. Bu önermelere “katılmıyorum” cevabı özellikle Adana grubunda dikkat çekecek kadar yüksek çıkmıştır.

-Üç il gözetilmeksizin hastalar sadece cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, bu önermelere bakış açısından kadın ve erkeklerin arasında ilk iki önerme için anlamlı farklılıklar saptanmazken, “*Evlilikte erkek yeterince para kazanıyorsa kadın çalışmamalıdır*” önermesi için kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

-Ev hayatı ve ev işlerine toplumsal cinsiyet bakışını ölçmek için, “*Evde yemek yapmak kadının görevidir*”, “*Kadının temel görevi anneliktir*” ve “*Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir*” şeklinde üç ayrı önerme kullanılmıştır.

-İller bazında her üç şehirde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde her üç önerme için "katılıyorum" görüşü hâkim olarak izlenmiştir.

-Hastalar sadece cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, bu önermelere bakış açısından kadın ve erkeklerin arasında “*Evde yemek yapmak kadının görevidir*”, önermesi dışında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

-“*Kadının temel görevi anneliktir*” ve “*Ailede ev işleri erkeğin görevi değildir*” önermelerine erkekler daha fazla olmak üzere kadınlarda yüksek yüzdeler ile “katılıyorum” cevabı vermişlerdir.

-Bu her üç önermenin kabulü özellikle Adana grubunda en yüksek oranlarda izlenmiş olup, bunu sırasıyla İstanbul ve Ankara grubu izlemektedir.

-“*Evlilik söz konusu olduğunda bekâret önemlidir*” ve “*Erkekler evli olmadan cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkide bulunabilirler*” şeklinde cinsellik ile ilgili iki adet önerme kullanılmıştır.

-Bir kadının evlenmeden önce bakire olması gerektiği ile ilgili önermeye Ankara (%53,7), İstanbul (%70,5) ve Adana (%97,0) illerinden yüksek yüzdelerle katılıyorum cevabı alınmıştır.

-Bekâret ile ilgili önermeye kadınlar (%74,7) ve erkekler (%79,8) birbirlerine yakın yüzdeler ile "katılıyorum" cevabı vermişlerdir.

-Erkeklerin evlilik dışı cinsel ilişkisi konusu ile ilgili önermede kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmamış olup, erkekler daha yüksek yüzde ile bu önermeye "katılıyorum" cevabı vermiştir.

- Erkeklerin evlilik dışı ilişkisi konusundaki önermede Ankara dışındaki diğer illerde kadın ve erkek bakışı arasında farklılık saptanamamıştır. Bu önermeye erkekler Ankara'da %61,1 "katılıyorum" cevabı verirken, kadınlar tam tersi %70,4 "katılmıyorum" cevabı vermişlerdir. Adana ilinde ise kadın ve erkek fark etmeksizin bu önermeye yüksek oranlarda "katılıyorum" cevabı verilmiştir. İstanbul grubunda bu önerme ile ilgili anlamlı sonuçlar bulunmamıştır.

- “*Kadın kocasından dayak yiyorsa bunu hak etmiştir*” şeklindeki kadına şiddet için kullanılan önerme Adana dışındaki diğer illerde kabul görmemiştir. İstanbul ve Ankara grubundaki katılımcılar yüksek oranlarda bu önermeye “katılmıyorum” cevabı verirken, Adana grubundaki katılımcıların %64,8’i kadın ve erkek eşit şekilde “katılıyorum” cevabı vermiştir.

-Her bir il cinsiyet ile birlikte ayrı ayrı ele alındığında Adana dışındaki diğer illerde kadına şiddet konusunda erkek ve kadın fark etmeksizin kadın şiddetine karşı durmuştur.

-Bu önerme ile ilgili olarak erkek ve kadın arasında anlamlı fark izlenmemiştir.

-Toplumsal cinsiyet önermelerinin toplam puan değerlendirmelerinin sonucunda en eşitlikçi görüşe sahip il Ankara(13,2±6,0) en ayrımcı görüşe sahip ilin Adana (5,3±4,1) olduğu görülmüştür.

- Toplam puanlara bakıldığında, eğitimin toplumsal cinsiyet eşitliğinde çok önemli olduğu elde edilen sonuçlar doğrultusunda söylenebilmektedir. Eğitim arttıkça ayrımcılık azalmaktadır (Okuryazar/ilkokul: 10,2±6,4; Ortaokul: 12,9±4,7; Lise: 14,2±7,0; Üniversite: 15,8±5,5).

- Toplumsal cinsiyet önermelerinin toplam puanları sonucunda Adana ilindeki kadın hastaların en düşük toplam puanı alarak diğer illere göre en ayrımcı görüşe sahip olduğu görülmüştür (Ankara: 13,6±5,9; İstanbul: 11,7±5,2; Adana: 4,4±3,1).

-Toplam 378 hastanın sadece 45’i (%11,9) diyaliz seansı sonrasında eve gittiklerinde kendilerine bakan birinin olmadığını belirtmiştir.

-Ankara (%18,5) ili İstanbul ve Adana ile karşılaştırıldığında diğer iki ilden belirgin şekilde fark göstermiş olup, Ankara'daki hastalar diyaliz seansı sonrası evde bakım yapacak birinin olmadığını daha fazla oranda bildirmiştir.

-Hemodiyaliz seansı sonrası evde kendisine bakacak birinin olmadığı beyan eden hastaların büyük çoğunluğunu kadınlar (%73,3) oluşturmaktadır.

- Hastaların eve gittiklerinde ihtiyaçları ile ilgilenen kişilere bakıldığında ise hasta kadın veya erkek olsun, her üç ilde de bakımı üstlenen en büyük yüzdenin kadın cinsiyeti olduğu saptanmıştır.

-Tüm illerde fark etmeksizin erkek ve kadın hastaların diyaliz seansı sonrası ilk olarak tercih ettikleri eylem uyumak olarak saptanmıştır.

-Diyaliz seansı sonrası kadınların ikinci sırada yaptıkları eylem ev işi iken erkeklerde ikinci sırayı aile bireyleri veya arkadaşları ile buluşma almaktadır.

- Erkek hastalar seans sonrası çocuklarla ilgilenmez iken kadınlar çocukları ile ilgilenmek zorunda olduklarını belirtmişlerdir.

-Tüm merkezlerden katılan hastalar içinde kadınlar (%62,1) erkeklere nazaran (%44,1) daha fazla oranda zihinsel çökkünlük içindedir.

-Erkekler (%85,6), kadınlara (71,6) göre daha fazla oranda hastalığı kabullenmiş şekilde izlenmiştir.

-Kadınların (%50,5) ileriye dönük beklentisi erkeklerden (%38,3) daha fazla olduğu saptanmıştır.

-Merkezlerde çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu *"Tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissediyorum"*, *"Geleceğe ilişkin kaygı duyuyorum"* ve *"Yaşam boyu sürececek bir hastalığa sahibim"* cevaplarını vermişlerdir.

-Merkez ve cinsiyet gözetmeksizin hastaların oldukça önemli bir kısmında yorgunluk, halsizlik, yaşamı kısıtlanmış, bağımlı ve fiziksel görünümün olumsuz algılanması gibi duygu durumları saptanmıştır.

- *"Kendini suçlama"* ve *"Hiç bir şey hissetmeme"* gibi duygu durumları çok az sayıdaki hastada saptanmıştır.

-Hastaların çoğunda negatif duygu durumları baskın olmasına rağmen, hastaların yaklaşık yarısı tedavi sonrası iyileşeceğine inandığını, iyi ve neşeli olduğunu bildirmiştir.

- Hastaların genel olarak global yaşam kalitesi puanları düşüktür.

-Hastaların özellikle fonksiyonel durumu en düşük, esenliği ise en yüksek algıladıkları saptanmıştır.

-SF-36 bileşenlerinin (Fonksiyonel, Esenlik, Genel sağlık anlayışı, Global) cinsiyet ile etkileşimine bakıldığında, iller tek tek ele alındığında ve üç ile birden bakıldığında, erkek ile kadın arasında anlamlı fark olduğu, erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

-İllerarası farklara bakıldığı zaman Ankara’da hemodiyaliz tedavisi gören hastaların fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı puanlarının hem İstanbul hem de Adana’da hemodiyalize giren hastalara göre daha yüksek olduğu, global yaşam kalitesi açısından her ilin arasında fark olduğu bulunmuştur.

- Yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı olarak negatif ilişki bulunmuş, tüm yaşam kalitesi alan puanlarının artan yaş ile birlikte düştüğü görülmüştür.

-Gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı ile tüm yaşam kalitesi parametreleri arasında istatistikî olarak anlamlı şekilde negatif ilişki saptanırken, evlilik yaşı ve ilk canlı doğum yaşı ile tüm yaşam kalitesi parametreleri arasında istatistikî olarak anlamlı şekilde pozitif ilişki gözlenmiştir.

-Öğrenim durumunun artmasına paralel olarak genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği istatistiksel olarak çok anlamlı farklılıklar gösterdiği dikkati çekmiştir.

-Bekarlarda tüm yaşam kalitesi puanları her üç ana boyutta ve global olarak evli olanlara göre daha yüksektir.

-Tek başına yaşayanların genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanları geniş veya çekirdek aile ile birlikte yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

- Kirada oturan hastaların yaşam kalitesi puanları kendi evinde veya aile bireylerinden birinin evinde oturan hastalardan istatistikî olarak anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. En düşük puanlar aile bireyin evinde oturan hastalarda gözlenmiştir.

-İş durumu ile ilgili olarak çalışan hastaların tüm boyut ve global yaşam kalitesi puanları çalışmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır.

-Hastalık süresi, diyaliz süresi ve hastaneye ulaşım süresi ile genel sağlık anlayışı, esenlik, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi arasında negatif ilişki saptanmıştır. Hastalık ve diyaliz süresi arttıkça her alanda istatistiksel anlamlılık olacak şekilde yaşam kalitesi düşmektedir.

-Hastaların diyaliz seansını terk etme sıklığı ve terk etme durumu ile yaşam kalitesi arasında da negatif ilişki saptanmış olup, artan diyaliz terk etme sıklığı ile paralel olarak yaşam kalitesinin üç ana boyutu ve global yaşam kalitesi puanları da düşmektedir.

-Hastaların bir hafta içinde girdikleri diyaliz seansının sayısının artışı ile birlikte genel sağlık anlayışı, esenlik, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi puanlarının düştüğü izlenmiştir.

-Evde ihtiyaçları ile ilgilenen kişinin varlığı veya yokluğunun, hastaların yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı izlenmiştir.

-Diyaliz seansı sonrası yapılan işlerin tüm yaşam kalitesi puanları üzerine çok anlamlı şekilde etkisi olduğu izlenmiştir. Diyaliz seansı sonrası işe giden hastaların yaşam kalitesi puanları her üç ana boyutta ve global olarak evde vakit geçirenlere ve eve gidip uyuyanlara göre daha yüksek olup, bunu sırasıyla evde vakit geçirenler ve evde uyuyanlar izlemektedir.

- Doktorun önerilerine uyanların, uymayanlara göre tüm yaşam kalitesi puanları daha yüksektir.

-İlaçlarını düzenli kullanan ve kullanmayan hastalar arasında ise yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

-Önerilen diyetle uyanların, diyetle uymayanlara göre yaşam kalitesinin üç ana boyutu ve global yaşam kalitesi puanları daha yüksektir.

-Araştırmanın yapıldığı illerde hastalık ile ilgili “*şikâyetler başlar başlamaz doktora gitme*” önermesinde kadınlar ve erkekler arasındaki istatistiksel olarak çok anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

-Erkeklerin %94,1'i şikâyetleri başlar başlamaz doktora gittiklerini belirtirken, kadın hastaların sadece %62,1'i şikâyetleri başlar başlamaz doktora gittiklerini bildirmiştir. Kadınların önemli bir oranının (%37,9), doktora ancak şikâyetleri dayanılmaz olduğu zaman gittikleri saptanmıştır.

-Ayrıca SF-36 'nın yaşam kalitesi bileşenleri olan Fonksiyonel, Esenlik, Algı ve Global yaşam kalitesi puanları ile şikâyetler başladığında doktora gitme süresi (hastaneye ulaşım süresi) arasında istatistikî olarak anlamlı şekilde negatif ilişki saptanmıştır.

- Kadın hastaların “ilk evlilik yaşı 12 ile 32 yaş arasında; ilk canlı doğum yaşının ise 14 ile 33 yaş arasındadır. Kadın hastaların gebelik sayısı özellikle Adana ilinde 12'ye kadar

çıkılmaktadır. 18 yaşın altında ilk gebeliğini yaşayan hastalar tüm doğum yapan kadınların %16,2'sini oluşturmaktadır. Adolesan yaş grubu içinde kalan 13-16 yaş arası gebelikler çalışmamızda %12,5 oranında izlenmiştir.

-Azalan eğitim düzeyine paralel şekilde evlilik ve ilk doğum yaşı da anlamlı şekilde azalmaktadır. Gebelik ve doğum sayısının da azalan eğitim düzeyi ile birlikte ters orantılı şekilde anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır.



VII-ÖNERİLER

- ✓ Araştırma grubunun gender ayrımcılığı konusundaki temel bulguları, Türkiye genelinde yapılan pek çok araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Esasen KBY hastalarındaki toplumsal cinsiyetle ilgili ayrımcı bakış ve davranışın yaşanan toplumun genel özelliklerinden kaynaklanması beklenen bir sonuç olmaktadır. Bu bağlamda ülke genelinde varolan ayrımcı bakışın ortadan kaldırılması için toplumun genelinde her bireyin yaşam sürecinin her dönemini (çocukluktan ileri yaş dönemi dahil) dikkate alan konu ile ilgili farkındalık artırıcı, ayrımcı yaklaşımları önleyen müdahale programlarının uygulanması gerekmektedir.
- ✓ Sözü edilen programların uygulanmasında her iki cinsiyeti de kapsayacak şekilde; karar vericiler, örgün ve yaygın eğitim süreçleri, eğiticiler, ebeveynler hedef grup olarak dahil edilmesi ve bu yaklaşımla toplumda cinsiyetler arası eşitlikçi bakış açısının yerleştirilmesinin sağlanması. Hernekadar bu yaklaşım uzun erimde etkisini gösterse de tartışma bölümünde ayrıntılı olarak vurgulandığı gibi “gender ayrımcılığının” pek çok olumsuz sonuçlarından en ağır olanları, doğrudan ya da dolaylı etki ile sağlık bağlantılı yaşanmaktadır.
- ✓ Toplumda gender eşitliğini sağlayacak olan müdahale programları, yürütülen araştırmanın da çok açık işaret ettiği gibi iller arası farklılık dikkate alınıp o yörenin özelliğine göre uyarlanarak uygulanmalıdır.
- ✓ Araştırmamızda “sağlık personelinin gender konularındaki duyarlılığı” incelenmemekle birlikte, KBY gibi her yönü ile çok ciddiye arzedenden hasta grubuna hizmet sunan sağlık personeline de “gender eşitliği / ayrımcılığı” konularında gerekli bilgileri içeren seminer programları düzenlenmelidir.
- ✓ Ayrıca Sağlık personelinin “gender ayrımcılığı konusundaki görüş ve uygulamalarını ortaya çıkaran araştırmalar yapılmalıdır.
- ✓ Üç ayrı ilde yürütülmüş olan bu araştırmanın özellikle “hastaların kendi gender bakış açılarını ve yaşamlarındaki uygulama gerçeklerini ortaya koyan sonuçlarının, sağlık yöneticilerine ve araştırmanın yapıldığı Merkezlerin çalışanlarına kısa yazılı bilgi notu ve sözel sunumlar/ tartışmalarla iletilmesi sağlanmalıdır.

- ✓ Araştırmanın yapıldığı Merkezlerdeki çalışmalar ve araştırma sonuçlarını dikkate alarak, KBY hastalarını hedef alan, kolay anlaşılır,”kullanıcı dostu”, gender kalıpları / ayrımcılığı konuları ve yaşamlarına olası etkilerine dikkat çeken bilgilendirici broşürlerin hazırlanılarak kullanılması sağlanmalıdır.
- ✓ Araştırma sonuçları gender faktörü ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğuna işaret etmektedir; Esasen KBY gibi hastalık özelliğinin yaşam kalitesini son derece olumsuz etkilediği bir sağlık sorununda diğer ilişkili – kötüleştirici faktörlerin minimuma indirilmesi için bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin saptanması, ve hastalara verilen hizmetin kapsam ve içeriği buna uygun oluşturularak uygulanmalıdır.
- ✓ KBY hastalarının yaşam kalitesini artırmaya yönelik hastalara yaşadıkları semptomlarla baş etmeleri konusunda psikolojik ve tıbbi destek ile birlikte bu konularda da eğitim ve danışmanlık verilmesi
- ✓ Hastaların aile ve eşleri ile görüşülerek hastanın hastalık süresince yaşayacağı sıkıntıları ve bunlar ile nasıl baş etmesi gerektiği konusunun anlatılması, bu konuda hastalara ve yakınlarına psikolojik destek ile birlikte belirli aralıklar ile devam edecek olan eğitim programının düzenlenmesi.
- ✓ Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini düşüren ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini engelleyen yorgunluk, halsizlik, uyku sorunu gibi semptomlar ile baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilmesi ve az enerji sarf ederek işlerini yapabilecekleri tekniklerin öğretilmesi.
- ✓ Çalışma grubumuzda olumsuz sonuçlarla ilişkili olan önemli faktörlerden biri de “eğitim düzeyidir” Bu durum dikkate alınarak hastalara yapılacak her konudaki bilgilendirici, aydınlatıcı, danışmanlık hizmetlerinin içeriği hastaların öğrenim düzeyinin dikkate alınarak planlanması.
- ✓ Hemodiyalize giren hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler konusunda eğitilmesi.-Hastaların birlikte çalışabileceği hobi salonları gibi sosyal alanların oluşturulması.
- ✓ Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini düşüren ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini engelleyen yorgunluk, halsizlik, uyku sorunu gibi semptomlar ile

baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilmesi ve az enerji sarf ederek işlerini yapabilecekleri tekniklerin öğretilmesi.-Hastalar hastalık ve hastalık ile ilgili komplikasyonlar ile nasıl baş etmeleri gerektiği konusu hakkında eğitim verilmesi-Hastaların yaşam kalitesini etkilediği bilinen diyet ve ilaç tedavi programına uyumun artırılması amacıyla eğitim programları düzenlenmesi.



VIII-KAYNAKLAR

- 1-WHO. Constitution of the World Health Organization. 2006. Erişim: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Erişim tarihi: 10.01.2015
- 2-Aujoulat I, Marcolongo R, Bonadiman L, Deccache A. Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science & Medicine* 66: 1228–1239. 2008.
- 3-Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 13: 451–468, 199.
- 4-KellyMP, Field D. Medical sociology, chronic illness and the body. *Sociology of Health & Illness* 18: 241–257, 1996.
- 5-Young JT. Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness* 26:1–31, 2004.
- 6-Kuyurtan F. Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yatan kronik hastaların hastalığına ve tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Hemşire* 48: 25-27, 1998.
- 7-Tolkoff-Rubin N. Treatment of irreversible renal failure. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Goldman: Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; chap 133, 2007.
- 8-Mitch WE. Chronic kidney disease. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Goldman: Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; chap 131, 2007.
- 9-Süleymanlar G, Seyahi N, Altıparmak M.R, Serdengeçti K. Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 Yılı Rapor Özeti. *Türk Nefrol Diyaliz ve Transplant Dergisi* 20:1–6, 2011.
- 10-Türk Nefroloji Derneği. Erişim:<http://www.tsn.org.tr/index.php?cat=40>. Erişim Tarihi: 12.03.2015
- 11-Medical tribune, diyaliz hastalarının durumu. Erişim: (<http://www.medical-tribune.com.tr/content/diyaliz-hastasi-sayisi2020%E2%80%99de-100-bini-asacak>). Erişim tarihi: 12.03.2015
- 12-Koller P.A. Family Needs and Coping Strategies during Illness Crisis. *AACN* 2:2-8,1991.
- 13-Kaplan De Nour A, Czaczkes JW. Personality factors in chronic hemodialysis patients causing noncompliance with medical regimen. *Psychosomatic Medicine* 34: 333–334,1972.
- 14-Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *JASN* 4:12-27, 1993.
- 15-Küçükdeveci A. Sağlık Sonuçlarının Değerlendirilmesi In: Arasıl T. (Çeviri ed). *Kelley Romatoloji*. Ankara, Güneş Kitap evi, 435-9, 2006.
- 16-Perneger TV, Leski M, Stoermann CC, Martin PY. Assessment of health status in chronic hemodialysis patients. *Journal of Nephrology* 16: 252-9, 2003.
- 17-Blake CW, Courts NF. Coping strategies and styles of hemodialysis patients by gender. *ANNA Journal* 1:2-9, 1996.

- 18-Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT, Necosad Study Group. Quality of life of patients on chronic dialysis; self assessment 3 months after the start of treatment. *AJKD* 29: 584–592, 1997.
- 19-Akyol A. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9: 75- 80, 1993.
- 20-Held PJ, Port FK, Webb RL. Excerpts from the United States Renal Data System 1996 Annual Report. *AJKD* 28: S79-S92, 1996.
- 21-Owen WF, Lew NL, Liu Y, Lowrie EG, Lazarus JM. The urea reduction ratio and serum albumin concentration as predictors of mortality in patients undergoing hemodialysis. *New Eng J Med* 329: 1001-1006, 1993.
- 22-Ikizler TA, Hakim RM. Nutrition in end-stage renal disease. *Kidney Int* 50:343 -357,1996.
- 23-Bloembergen WE, Port FK, Mauger EA, Wolfe RA. Causes of death in dialysis patients: racial and gender differences. *JASN* 5: 1231-1242, 1994.
- 24- Frutuoso MR, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia* 31:91–6, 2011.
- 25-Christensen AJ, Wiebe JS, Smith TW, Turner CW. Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support. *Health Psychology* 13:521 -525, 1994.
- 26-Kimmel P, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 54: 245-254, 1998.
- 27-House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 241:540 - 545, 1988.
- 28-Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New Eng J Med* 311: 552-559, 1984;.
- 29-Kiecolt-Glaser JK, Kennedy S, Malkoff S, Fisher L, Speicher CE, Glaser R. Marital discord and immunity in males. *Psychosomatic Medicine* 50: 213-229, 1998.
- 30-Burman B, Margolin G. Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychology Bulletin* 112:39 -63, 1992.
- 31-Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Verme D, Umana WO, Veis JH, Alleyne S, Cruz I. Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *JASN* 5:1826 -1834, 1995.
- 32-Shu-Chuan J.Y, Chia-Hsiung H, Hsueh-Chih C, Thomas THW. Gender Differences in Stress and Coping among Elderly Patients on Hemodialysis. *Sex Roles* 60: 44-56, 2008.
- 33-Kia K.A, Clint B, Kimberly R, McKinney C A. Structural Equation Modeling Approach to the Study of Stress and Psychological Adjustment in Emerging Adults. *Child Psychiatry & Human Development* 39: 481-501, 2008.
- 34-Sex, Gender and Society. London: Temple Smith. Reprinted with new Introduction, London: Gower, 77-79, 1985.

- 35-Jimenez C, Poniatowski B. Workshop on Gender and Health 27 and 28 October 2004, United Nations University.
- 36-Gender and Health, Technical Paper, World Health Organization publication - Geneva, Switzerland, 1998.
- 37-Doyal L, Payne S, Cameron A. Promoting gender equality in health, School for Policy Studies University of Bristol, Equal Opportunities Commission, 2003.
- 38-Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi 25: 73-82, 2003.
- 39-Mihçioğur S, Bilgili Aykut N. Sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet yaklaşımı. Erişim: http://bukcam.baskent.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=88%3Asaglik_hizmetleritoplsal&Itemid=65&lang=tr. Erişim tarihi: 25.09.2014.
- 40-Türkiye’de toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık-Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Raporu. Erişim:<https://www.ttb.org.tr/en/index.php/tuem-haberler-blog/44-yeni-raporlar/945-qtuerkiyede-toplumsal-cinsiyet-kadn-ve-salkq-rapor>). Erişim tarihi: 13.06.2015.
- 41-A Guide to creating gender-sensitive health services. The Women’s Health Council. 2nd edition, 2007. Erişim:http://hph4.anamai.moph.go.th/data/cat12/gender_manual.pdf. Erişim tarihi: 12.06.2015.
- 42-Gokal R, Khanna R, Krediet R, Nolph K. Textbook of Peritoneal Dialysis. Second edition. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2000.
- 43-Shapiro WB. Renal replacament therapy in the elderly. The Principles and Practice of Nephrology. Jacobson HR, Striker GE, Klahr S (ed). Mosby, St. Louis 533-541,1995.
- 44-Lo WK, Bargman JM, Burkart J, et al. Guideline on targets for solute and fluid removal in adult patients on chronic peritoneal dialysis. Perit Dial Int 26:520-522, 2006.
- 45-Moncrief JW, Popovich RP, Broadrick LJ, He ZZ, Simmons EE, Tate RA. Moncrief-Popovich catheter: a new peritoneal Access technique for patients on peritoneal dialysis. ASAIO J 39: 62-65, 1993.
- 46-Vychytil A, Horl WH. The role of tidal peritoneal dialysis in modern practice: A European perspective. Kidney Int Suppl 103:S96-S103, 2006.
- 47-Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Renal replasman tedavisi. Nefroloji el kitabı; 306-320, 2000.
- 48-Wong CF. Clinical experience with tamoxifen in encapsulating peritoneal sclerosis. Perit Dial Int 26:183-184, 2006.
- 49-Ramesh K, Raymond T K (ed). Nolph and Gokal's Textbook of Peritoneal Dialysis (3rd edition) 2009
- 50-Mignor F, Siohan P, Legallicier B et al. The management of uremia in the elderly treatment choices. Nephrol Dial Transplant. 10 (Suppl 6): 55-59,1995.

- 51-Abel JJ, Rowntree IG, Turner BB. The Removal of Diffusible Substance from the Circulatory Blood by Means of Dialysis. *Association of American Physicians* 28:51-56,1913.
- 52-Kolff WJ, Berk H. The Artificial Kidney: A Dialyzer with a Great Area, *Acta Med. Scandinav* 117:121-126, 1944.
- 53-Katz J, Capron AM. *Catastrophic diseases: Who decides what?* New York: Russell Sage. 1975.
- 54-O'Brien M. *The Courage to Survive*. New York: Grune & Stratton, 1983.
- 55-Paller SM. The kidney and hypertension in pregnancy. *The Kidney*. Brenner BM (eds), W.B. Saunders, Philadelphia 1621-1655, 2000.
- 56-Ertuğ E, Erbay B. Böbrek Yetmezlikli Hastaların Sağıtımında Kullanılan Diyaliz Yöntemleri ile Ortaya Çıkan Sorunlar. *Ankara Tıp Mecmuası* 33: 386, 1980.
- 57-Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagy CR, Gutman RA et al. The quality of life of patients with end stage renal disease. *New Eng J Med* 312: 553-559, 1985.
- 58-Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 9: 13-22, 1998.
- 59-Sağduyu A, Özel S: Böbrek nakli adaylarında ruhsal sorunlar ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 11: 103-112, 2000.
- 60-Tossani E, Cassano P, Fava M: Depression and renal disease. *Semin in dialysis* 18: 73-81, 2005.
- 61-Fukunishi I, Kitaoka T, Shiari T et al: Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy. *Nephron* 91: 344-347, 2002.
- 62-Lasapanora F, Paradiso M, Milan MGL et al: Erectile dysfunction after kidney transplantation: Our 22 yeras of experience. *Transplant Proc* 36: 502-504, 2004.
- 63-Martín-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R: Sexual functioning and quality of life of male patients on hemodialysis. *Nefrologia* 26:452-460, 2006.
- 64-Soykan A, Boztaş H, Kutlay S et al: Do sexual dysfunctions get better during dialysis? Results of a six-month prospective follow-up study from Turkey. *Int J Impotence Res* 17:359-363, 2005.
- 65-Hanly P. Sleep apnea and daytime sleepiness in end-stage renal disease. *Semin Dial.* 17:2, 109-14, 2004.
- 66-Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Psychiatric Problems, Quality of Life, and Compliance in Patients Treated with Haemodialysis and Renal Transplantation. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(1): 1-10, 2006.
- 67-Lopes AA, Bragg J, Young E et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in USA and Europe. *Kidney Int* 62: 199-207, 2002.
- 68-Taşkapan H, Ateş F, Kaya B et al. Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis *Nephrology* 10:15-20, 2005.

- 69-Abram HS. Repetitive dialysis. Handbook of General Hospital Psychiatry, (eds) Hackett T P, Cassem NH, 1.baskı, Year Book Medical Publishers, Boston, 343-365,1979.
- 70-Surman SO. Hemodialysis and renal transplantation. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry , (eds) Hackett T P, Cassem NH, 2. baskı, Year Book Medical Publishers, Boston, sf. 406-42, 1987.
- 71-Shea EJ, Bogdan DF, Freeman RB ve ark. Hemodialysis for chronic renal failure. IV. Psychologic considerations. Ann Intern Med 62: 558-563, 1965.
- 72-Manley M, Sweeney J. Assessment of compliance in hemodialysis adaptation. J Psychosom Res 30:153-161,1986.
- 73-Fielding D, Moore B, Dewey M ve ark. Children with end-stage renal failure: psychological effects on patients, siblings and parents. J Psychosom Res 29: 457-465,1985.
- 74-Chan R, Brooks R, Erlich J, Gallagher M, Snelling P, Chow J, Suranyi M. Studying psychosocial adaptation to end-stage renal disease: The proximal-distal model of health-related outcomes as a base model.J Psychosom Res. 70:455–64, 2011.
- 75-Svensson O, Hallberg LR. Hunting for health, well-being, and quality of life. Int J Qual Stud Health Well-being. 6: 2-11, 2011.
- 76-Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi- Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Hemşirelik Bülteni, 9: 85- 95, 1995.
- 77-Ware JE, Snow KK, Kosinski M et al. Health Survey Manual Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- 78-Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. SF–36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User’s Manual. Boston, New England Medical Center, 1994.
- 79-Lowrie EG, Braun C, Lepain N ve ark. Medical Outcomes Study Short Form-36: a consistent and powerful predictor of morbidity and mortality in dialysis patients. Am J Kidney Dis 41:1286–1292, 2003.
- 80-Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 38: 443-464, 2001.
- 81-Newman, Louise K: Sex, Gender and Culture: Issues in the Definition, Assesment and Treatment of Gender Identity Disorder. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 7:358-367, 2002.
- 82-Akın A ed; Kadın statüsü ve sağlığı ile ilgili gerçekler. T.C. Başbakanlık kadının statüsü genel müdürlüğü, Ankara 2008. Erişim: http://www.kadininstatusu.gov.tr/upload/kadininstatusu.gov.tr/mce/eski_site/Pdf/Kadininsagligiileilili.pdf. Erişim tarihi: 12.05.2015
- 83-Akın A. Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayırımcılığı ve Sağlık. Toplum hekimliği bülteni 26:1-9, 2007.
- 84-Money J, Hampson J, Hampson J. Hermaphroditism: recommendations concerning assignments of sex, change of sex, and psychological management. Bulletin of John Hopkins Hospital 97: 284-300, 1955.

- 85-Stoller, Robert. Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity, London, Hogarth Press, 1968.
- 86-Money J. 'Psychosexual Differentiation', in John Money (ed.), Sex Research: New Developments, New York, Holt, Rhinehart and Winston, 1965.
- 87-Money J, Hampson J. Hampson J. Imprinting and the establishment of gender role. Archives of Neurology and Psychiatry 77: 333-36, 1957.
- 88-Alptekin K. Türkiye'de Kadının Statüsü. Erişim: www.sosyalhizmetuzmani.org/kadinstatu Erişim tarihi: 02.04.2015
- 89-Ersoy E. Cinsiyet kültürü içerisinde kadın ve erkek kimliği. (Malatya Örneği) Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2: 209-230, 2009.
- 90- Diamond M. Sex, gender, and identity over the years: a changing perspective. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 13: 591-607, 2004.
- 91-Connell RW. Gender and Power: society, the Person and sexual Politics, Cambridge, Polity Press. 1987.
- 92-T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları. Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve Kadın Çalışanlara Karşı Tutumlar: Türkiye'de Eğitim Sektörü Örneği, Ankara, 1999.
- 93-The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), Erişim: (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw>). Erişim Tarihi: 02.05.2015
- 94-Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu. Erişim: <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf>. Erişim tarihi:02.05.2015
- 95-Timisi N. Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü Komisyonu 47. Dönem Toplantısı. İletişim Araştırmaları. 1(1):145-150, 2003.
- 96-August KJ, Sorkin DH. Marital Status and Gender Differences in Managing a Chronic Illness: The Function of Health-Related Social Control. Soc Sci Med. 71: 1831-1838, 2010.
- 97-Jungers P, Chauveau P, Descamps-Latscha B, Labrunie M, Giraud E, Man NK, Grunfeld JP, Jacobs C. Age and gender-related incidence of chronic renal failure in a French urban area: a prospective epidemiologic study. Nephrol Dial Transplant 11: 1542-1546, 1996.
- 98-Unruh ML, Newman AB, Larive B et al. The Influence of Age on Changes in Health-Related Quality of Life over Three Years in a Cohort Undergoing Hemodialysis. J Am Geriatr Soc 56: 1608-1617, 2008.
- 99-Villar E, Remontet L, Labeeuw M, Ecochard R: Effect of Age, Gender, and Diabetes on Excess Death in End-Stage Renal Failure. JASN 18: 2125-2134, 2007.
- 100-Bora A. Toplumsal Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık. Ayrımcılık: çok boyutlu yaklaşımlar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyoloji ve Eğitim çalışmaları birimi (seçbir), www.secbir.org.
- 101-Bora A. Sivil Toplum Kuruluşları İçin Toplumsal Cinsiyet Rehberi, STGM Yayınları, İstanbul, 2008.

- 102- Özçatal EO. Ataerkillik, Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Çalışma Yaşamına Katılımı. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 1: 21-39, 2011.
- 103- Ergöl Ş, Koç G, Eroğlu K, Taşkın L. Türkiye'de kadın araştırma görevlilerinin ev ve iş yaşamlarında karşılaştıkları güçlükler. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi: 2: 43-49,2012.
- 104-Akın A. Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25:73-82, 2003.
- 105-Üner S. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Temel Eğitim Seti. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, UNFPA, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara, Dumat Ofset, 2008.
- 106-Powell GN. Greenhaus JH. Sex, Gender, and Decisions at The Family - Work Interface. Journal of Management 36:1011-1039, 2010.
- 107-Bolzendahl C, Olafsdottir S. Gender Group Interest or Gender Ideology? Understanding US? Support for Family Policy within the Liberal Welfare Regime. Sociological Perspective 51: 281-304, 2008.
- 108-Braun M, Lewin-Epstein N, Stier H, Baugaertner MK. Perceived Equity in the Gendered Division of Household Labor. J Marriage & Family, 70: 1145-1156, 2008.
- 109-Shannon ND, Theodore GN, Marks G, Jennifer P. Effects of Union Type on Division of Household Labor: Do Cohabiting Men Really Perform More Housework? J Family Issues 28: 1246-1272, 2007.
- 110-Diefenbach H. Gender Ideologies, Relative Resources, and the Division of Housework in Intimate Relationships: A Test of Hyman Rodman's Theory of Resources in Cultural Context. Int J Comparative Sociology 43:45-64, 2002.
- 111-TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Türkiye’de Kadın İşgücü Profili ve İstatistiklerinin Analizi. Erişim: <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/pdf>. Erişim tarihi:04.07.2015.
- 112-TÜİK, Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri, 2013. Erişim: <http://kasaum.ankara.edu.tr/files/2013/02/Toplumsal-Cinsiyet/pdf>. Erişim tarihi: 04.07.2015.
- 113-Knudsen K, Waerness K. National Context and Spouses Housework in 34 Countries. European Sociological Review 24: 97-113, 2008.
- 114-Knudsen K, Warness K. National Context, Individual Characteristics, and Attitudes on Mothers' Employment: A Comparative Analysis of Great Britain, Sweden, and Norway. Acta Sociologica 44:67-79, 2001.
- 115-Kunovich RM. Gender Dependence and Attitudes toward the Distribution of Household Labor: A Comparative and Multilevel Analysis,” Int J Comparative Sociology 49: 395-427, 2008.
- 116-Lewin-Epstein N Stier H, Braun M. The Division of Household Labor in Germany and Israel. J Marriage and Family 68:1147-1164,2006.
- 117-Lewin-Epstein N, Stier H, Braun M, Langfeldt B. Family Policy and Public Attitudes in Germany and Israel. Eur Sociol Review 16: 385-401, 2000.

- 118-Tallichet SE, Willits FK. Gender-Role Attitude Change of Young Women: Influential Factors from a Panel Study. *Social Psychology Quarterly* 49:106-133, 1986.
- 119- Gönüllü M. Çalışma Yaşamında Kadınlar: Aile ve İş İlişkileri. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* 25: 81-100, 2001.
- 120- İlkkaracan İ. Kentli Kadınlar ve Çalışma Yaşamı. *Bilanço* 98: 75 Yılda Kadınlar ve Erkekler. İstanbul: Türkiye İş Bankası, İMKB, Tarih Vakfı, 1998.
- 121- Lippe T, Dijk L. Comparative Research on Women's Employment. *Annu. Rev. Sociol.* 28: 221-41, 2002.
- 122-T.C. Başbakanlık Yayınları. Kentlerde Kadınların İş Yaşamlarına Katılım Sorunlarının Sosyo-ekonomik ve Kültürel Boyutları. Ankara; Cem Web Ofset, 2000
- 123- Damiano-Teixeira KM. Managing conflicting roles: A Qualitative study with female faculty members. *Journal of Family and Economic Issues.* 27: 310-334,2006.
- 124- King EB, Bodsford WE, Huffman AH. Work, Family, and Organizational Advancement: Does Balance Support The Perceived Advancement of Mothers? *Sex Roles.* 61: 879-891, 2009.
- 125- Pedersen DE, Minnotte KL, Kiger G, Mannon SE. Workplace Policy and Environment, Family Role Quality, and Positive Family-to-Work Spillover. *Journal of Family and Economic Issues.* 30: 80-89, 2009.
- 126-Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim:<http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi>. Erişim tarihi: 04.07.2015
- 127-Uluslararası Çalışma Örgütü. Küresel İstihdam Eğilimleri, Cenevre, 2013.
- 128-TC. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013. Ankara, 2014.
- 129- Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. The Global Gender Gap Report 2012. Erişim:http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2012.pdf. Erişim tarihi: 04.07.2015.
- 130-The Global Gender Gap Report 2013. Erişim: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2013.pdf. Erişim tarihi: 04.07.2015.
- 131- The Global Gender Gap Report 2014. Erişim:http://www3.weforum.org/docs/GGGR14/GGGR_CompleteReport_2014.pdf. Erişim tarihi: 04.07.2015.
- 132- Parlaktuna İ: Türkiye’de Cinsiyete Dayalı Mesleki Ayrımcılığın Analizi. *Ege Akademik Bakış* 10: 1217 - 1230, 2010.
- 133- Lordoğlu K, Özkaplan N. Çalışma İktisadı. *Der Yayınları*, İstanbul, 66: 2007.
- 134- Işığçık Ö. Çağdaş Sanayi Merkezlerinde Kadın İşgücünün Konumu: Bursa Örneği. *TİSK.* 2002
- 135- Palaz S. Türkiye’de Cinsiyet Ayrımcılığı Analizinde Neoklasik Yaklaşım Kurumcu Yaklaşım: Eşitliği Sağlayıcı Politika Önerileri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 6: 87-109, 2003.

- 136-Hasipek S. Kırsal alanda Kadının İstihdama Katılımı. TC. Başbakanlık Kadının statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
- 137-Parasız İ, Bildirici M. Emek Piyasaları. Ezgi Kitapevi, Bursa,2002.
- 138-Coleman JW, Kerbo HR. Social Problems: A Brief Introduction, Second Edition, Prentice Hall, New Jersey, 2003.
- 139-Demirbilek S. Cinsiyet Ayrımcılığının Sosyolojik Açıdan İncelenmesi Finans Politik & Ekonomik Yorumlar 44:511, 2007.
- 140-UNESCO (2006) Global Monitoring Report. Erişim: <http://portal.unesco.org/education/en/ev.php>. Erişim tarihi:05.06.2015
- 141-Kadın Sorunlarına Çözüm Arayışı Kurultayı Rapor Taslağı, Kadın ve Kız Çocuklarının Eğitim ve Öğrenimi Çalışma Grubu, İstanbul, Haziran 2003. Erişim: http://www.kader.org.tr/raporlar/egitim_raporu.doc. Erişim tarihi: 05.06.2015
- 142-Barret M. Günümüzde Kadına Uygulanan Baskı. Pencere Yayınları, 1995.
- 143- Mutlu E. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
- 144-Karabulutlu E, Tan M, Erdem N, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında stresle baş etme ve sosyal destek. 8:56-66, 2005.
- 145-Acaray A, Pınar R: Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 8: 1-11, 2004.
- 146- Ünal G, Bilge A.Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 44: 35 - 38, 2005.
- 147-İstatistiklerle Kadın, 2013, Sayı: 16056, 05 Mart 2014. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056>. Erişim tarihi: 04.05.2015
- 148-Peker M. Türkiye’de Eğitim-Doğurganlık İlişkisi (1960-1980). Amme İdaresi Dergisi, 17: 123-158, 1984.
- 149-Tadesse F, Headey D. Urbanization and Fertility Rates in Ethiopia”, ESSP II Working Paper. 35:1-25, 2012.
- 150-Chani MI, Shadid M, Hassan MU. Some Socioeconomic Determinants of Fertility in Pakistan: An Empirical Analysis. MPRA Paper. 38742: 1-11, 2011.
- 151-Adresa A, Menendez A. Fertility Changes in Latin America in Periods of Economic Uncertainty. Population Studies 65: 37-56, 2011.
- 152-Weinberger MB. The Relationship between Women’s Education and Fertility: Selected Findings from the World Fertility Surveys. Int Family Planning Perspectives 13:35-46, 1987.
- 153-Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık. Ed. A. Akın, KSS, HÜKSAM ve UNFPA Yayını, Ankara, 2004

154-TC SB-AÇSAP Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı- Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015. T.C. SB-AÇSAP Genel Müdürlüğü ve UNFPA yayını, Ankara, 2005.

155-Akın A, Mıhçıokur S. Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri. Akın A (ed) Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM)

156-Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi, Araştırma Komisyonu Raporu.T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara, 2006. Erişim:www.tbmm.gov.tr, www.ksgm.gov.tr. Erişim tarihi: 26.06.2015

157-Nüfus Bilim Derneği ve BM Nüfus Fonu. Türkiye’de Namus Cinayetlerinin Dinamikleri. BM Kalkınma Programı Yayını, Ankara, 2005.

158-Bilgin I. Kadın ve Şiddet. Töre Cinayetleri Panel Bildirileri, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, 1999.

159-Parla A. The Honor Of The State: Virginity Examinations in Turkey, Feminist Studies 27, No:1, 2001.

160-Kalav A. Namus ve Toplumsal Cinsiyet. Med J Humanities 2:151-163, 2012.

161- Foucault M. Cinselliğin Tarihi. Çev. Hülya Tufan. İstanbul, Alfa Yayınları,1993.

162-Özyeğin G. Virginal Facades Sexual Freedom and Guilt among Young Turkish Women. Eur J Women’s Studies 16:103-23, 2009.

163-Abu-Odeh L. Arap Topluluklarında Namus Cinayetleri ve Toplumsal Cinsiyetin İnşası. Müslüman Toplumlarda Kadın ve Cinsellik, 243-263. İstanbul: İletişim Yayınları, 2003.

164- Vefikuluçay D, Zeyneloğlu S, Eroğlu K, Taşkın L. Kafkas Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Bakış Açıları. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2: 26–38, 2007.

165-Öztürk E. Üniversite Öğrencilerinde Aşk ve Cinsellik. 7. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Kitabı. Malatya, Haziran. 37:32-35, 1998.

166-Kömürcü N. Ebe ve Hemşirelerin Cinselliğe ve Bu Konudaki Danışmanlık Rollerine İlişkin Tutumları. 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Sivas, Haziran 38: 267-72, 1992.

167-Gürsoy E. Kızlık Zarı Muayenesi/Bekaret Denetimi. Erişim:www.huksam.hacettepe.edu.tr. Erişim Tarihi: 15.07.2015.

168- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. s. 186-187, 2013.

169-Busse M, Spielmann C. Gender Discrimination and the International Division of Labour. Hamburg Institute of International Economics Discussion Paper: 245, Hamburg, 2003

170-Sullivan TJ. Introduction to Social Problems, Sixth Edition, Pearson Education, Boston. 2003.

- 171-Henslin JM. Social Problems, Sixth Edition, Prentice Hall, New Jersey, 2003.
- 172-Türkiye Büyük Millet Meclisi Milletvekilleri Dağılımı. Erişim:http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/milletvekillerimiz_sd.dagilim_Erişim Erişim tarihi: 14.06.2015
- 173-Maslow A H. A Theory of Human Motivation. Psychological Review 50:370-396, 1943.
- 174-Chubon RA. Quality of life and persons with end-stage renal disease. Dial Transplant 15: 450-452, 1986.
- 175-Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G ve ark. Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization and mortality in hemodialysis. J Am Soc Nephrol 12: 2797-2806, 2001.
- 176-Landreneau K, Lee K, Landreneau MD. Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation -a meta-analytic review. Nephrol Nurs J 37:37-44, 2010
- 177-Harris LE, Luft FC, Rudy DW ve ark. Clinical correlation of functional status in patients with chronic renal insufficiency. Am J Kidney Dis 21: 161-166, 1993.
- 178-Mittal SK, Ahern L, Flaster E ve ark. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 16:1387-1394, 2001.
- 179-Moreno F, Lopez Gomez JM, Sanz Guajardo D ve ark. Quality of life in dialysis patients: a Spanish multicentre study. Nephrol Dial Transplant 11(Suppl. 2): 125-129, 1996.
- 180- Ching Luk Suet W. The Quality of Life for Hong-Kong Dialysis Patients. J Adv Nursing 35: 218-227, 2001.
- 181- Walters BAJ, Hays RD, Spitzer KL ve ark. Health related quality of life, depressive symptoms, anemia and malnutrition at hemodialysis initiation. Am J Kidney Dis 40: 1185-1194, 2002.
- 182-Evans RW, Manninen DL, Garrison LP et al. The Quality of Life of Patients with End Stage Renal Diseases. N Eng J Med 312:553-559, 1985.
- 183- Wollcott D, Nissenon A, Lansverk J. Quality of Life in Chronic Dialysis Patients factors Unrelated to Dialysis Modality. General Hosp Psych 10:267-277, 1988.
- 184-Ching Luk Suet W. The Quality of Life for Hong-Kong Dialysis Patients. J Adv Nursing 35:218-227, 2001.
- 185- Mingardi G, Cornalba L, Cortinovi E ve ark. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 health survey. Nephrol Dial Transplant 14: 1503-1510, 1999.
- 186-Mittal SK, Ahern L, Flaster E ve ark. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 16: 1387-1394, 2001.
- 187-Moreno F, Lopez Gomez JM, Sanz Guajardo D ve ark. Quality of life in dialysis patients: a Spanish multicentre study. Nephrol Dial Transplant 11(Suppl. 2): 125-129, 1996.
- 188- Mozes B, Shabtai E, Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers. J Clin Epidemiol 50: 1035-1043,1997.

- 189-Pınar R, Çınar S, İşsever H ve ark. Hemodiyalize devam eden ve transplant olan son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması, Çınar Dergisi 1: 1-5, 1995.
- 190- Rocco MV, Grassman JJ, Wang SR ve ark. Crosssectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the modification of diet in renal disease study. Am J Kidney Dis 29: 888-896,1997.
- 191-Akyol AD. Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 1992.
- 192-Kaçar Yeşiltepe G. Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinde Olan Hastalarda Uygulanan Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 1995.
- 193-Taşçı S. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1998.
- 194-Emür, S.H. ve Onsekiz, D. Kentsel Yaşam Kalitesi Bileşenleri Arasında Açık ve Yeşil Alanların Önemi, Kayseri/Kocasinan İlçesi Park Analizi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 22:1-9, 2007.
- 195-Şeker M, Saldanli A, Bektaş H. İller Arası Rekabet Endeksi 2013-2014. Kayra Ofset, Kayseri, 2015.
- 196- TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonunun Mayıs/2009 tarihli Erken yaşta evlilikler hakkında inceleme yapılmasına dair raporu. Erişim:https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor.pdf. Erişim tarihi:15.04.2015
- 197-Christensen AJ, Holman JM, Turner CW ve ark. Quality of life in end-stage renal disease: influence of renal transplantation. Clin Transplant 3: 46-53,1989.

